

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Diplomová práce

Lenka Fabíková

**Duševní hygiena a možnosti využití jejích forem u pracovníků
linek důvěry**

**Forms of mental hygiene and their application to crisis hotline
workers**

Praha, 2012

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, PhD.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí mé diplomové práce, PhDr. Kataríně Lonekové, PhD., za její cenné rady, náměty, připomínky a trpělivost, se kterou se mi po celou dobu psaní této práce věnovala.

Také bych chtěla poděkovat Davidovi za pomoc se statistickým zpracováním dat, za jeho ochotu a pružnost.

Děkuji všem respondentům za spolupráci. Svě rodině, partnerovi a kolegům děkuji za porozumění a podporu.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Třebíči dne 21. 3. 2012

.....
Lenka Fabíková

Abstrakt:

Tato diplomová práce se zabývá psychohygienou a možnostmi využití jejích forem u pracovníků linek důvěry. V teoretické části se práce zaměřuje na charakteristiku a specifika telefonické krizové intervence. Současně jsou v ní představeny metody psychohygieny vhodné pro pracovníky linek důvěry. Empirická část se zaměřila na mapování forem duševní hygieny, které poskytují svým pracovníkům linky důvěry v České republice. Zároveň byly zmapovány osobní formy psychohygieny pracovníků telefonické krizové pomoci. V empirické části byla také zjišťována míra vyhoření pracovníků linek důvěry, a to formou dotazníku CBI – Copenhagen Burnout Inventory. Zároveň bylo prokázáno, že větší míra dodržování vybraných zásad duševní hygieny má u pracovníků linek důvěry vztah s menším výskytem syndromu vyhoření. Hypotézy týkající se vztahu mezi sociodemografickými údaji (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe, typ pracovního úvazku na pracovišti a mimo ně) a mírou vyhoření nebyly potvrzeny. Cílem práce bylo vytvoření nabídky možných způsobů, jak zacházet u pracovníků linek důvěry se stresem a jak u nich optimálně využít metod duševní hygieny, které by v praxi preventivně působily proti syndromu vyhoření.

Klíčová slova:

duševní hygiena, stres, coping, syndrom vyhoření, prevence syndromu vyhoření, telefonická krizová intervence, linky důvěry, pracovníci linek důvěry

Abstract:

This thesis deals with the forms of mental hygiene and their application to crisis hotline workers. In the theoretical part the work focuses on the characteristics and specificities of telephonic crisis intervention. Methods of mental hygiene suitable for crisis hotline workers are presented too. The empirical part focuses on mapping of the forms of mental hygiene, which are provided by crisis hotlines to their workers in the Czech Republic. Individual forms of mental hygiene of crisis hotline workers were also mapped. Crisis hotline workers burnout was investigated in the empirical part of the thesis by the means of CBI - Copenhagen Burnout Inventory. It was also confirmed that greater degree of compliance with selected principles of mental hygiene by crisis hotline workers has the relationship with burnout lower incidence. Hypotheses concerning the relationship between sociodemographic data (sex, age, educational attainment, length of practice, type of employment in the workplace and beyond) and the rate of burnout were not confirmed. The aim of the thesis was to offer possible ways of how to deal with the stress to crisis hotline workers and how they can optimally use the methods of mental hygiene, which can in practice preventively work against burnout.

Keywords:

mental hygiene, stress, coping, burnout, burnout prevention, telephonic crisis intervention, crisis hotline, crisis hotline workers

Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Úvod.....	10
I. Teoretická část.....	12
1. Duševní hygiena	12
1.1 Definice duševní hygieny	12
1.2 Vývoj duševní hygieny	13
1.3 Základní pojmy duševní hygieny.....	14
1.3.1 Duševní zdraví	15
1.3.2 Stres	16
1.3.3 Coping.....	21
1.3.4 Frustrace.....	22
1.4 Aspekty duševní hygieny v každodenním životě	23
1.4.1 Životní rytmy	23
1.4.2 Spánek.....	24
1.4.3 Výživa.....	25
1.5 Aspekty duševní hygieny v práci a pracovním životě	26
1.5.1 Práce a odpočinek	26
1.5.2 Pohybové aktivity	28
1.5.3 Volný čas	28
1.5.4 Hospodaření s časem	30
1.5.5 Úprava pracovního prostředí	32
1.6 Význam duševní hygieny.....	33
1.7 Metody duševní hygieny.....	34
1.7.1 Relaxace a relaxační metody	35
1.7.1.1 Jóga	36

1.7.1.2 Progresivní relaxace.....	37
1.7.1.3 Autogenní trénink	39
1.8 Sociální opora	40
1.9 Syndrom vyhoření.....	43
1.9.1 Definice syndromu vyhoření	43
1.9.2 Skupiny ohrožené vyhořením	45
1.9.3 Výzkumy v oblasti syndromu vyhoření.....	45
1.9.4 Diagnostika syndromu vyhoření.....	48
1.9.5 Prevence syndromu vyhoření.....	50
2. Telefonická krizová intervence.....	57
2.1 Definice krizové intervence	57
2.2 Srovnání krizové intervence tváří v tvář a telefonické krizové intervence.....	58
2.3 Pracovníci telefonické krizové intervence	59
2.4 Stresové situace, se kterými se mohou setkávat pracovníci telefonické krizové intervence.....	60
2.5 Prevence syndromu vyhoření u pracovníků linek důvěry	61
2.5.1 Supervize a její systém v oblasti krizových služeb.....	63
II. Empirická část.....	69
1. Cíle, hypotézy a výzkumné otázky empirické části.....	69
1.1 Cíle empirické části	69
1.2 Hypotézy a výzkumné otázky.....	70
2. Metodika	71
2.1 Sběr dat	71
2.2 Výzkumné metody	72
2.3 Popis výzkumného vzorku.....	74
2.4 Analýza dat	79
2.4.1 Popisná statistika.....	79
2.4.2 Zhodnocení hypotézy č. 1	80

2.4.3 Zhodnocení hypotézy č. 2	83
2.4.4 Zhodnocení hypotézy č. 3	84
2.4.5 Zhodnocení hypotézy č. 4	85
2.4.6 Zhodnocení hypotézy č. 5	86
2.4.7 Zhodnocení hypotézy č. 6	87
2.4.8 Zhodnocení hypotézy č. 7	88
2.4.9 Vybrané formy duševní hygieny u pracovníků linek důvěry	90
2.4.10 Podmínky a formy duševní hygieny, které pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry.....	92
2.4.11 Zhodnocení otevřených otázek	94
2.5 Možnosti využívání metod duševní hygieny na pracovištích linek důvěry	100
2.6 Shrnutí výsledků	103
2.7 Diskuse.....	104
Závěr	110
Seznam použité literatury	112
Přílohy.....	131
Příloha č. 1 Dotazník	131

Seznam použitých zkratk:

AWLS	Areas of Worklife Survey
BOT	Heidelberger Burnout Test
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
LD	linka důvěry
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI – GS	Maslach Burnout Inventory - General Survey
POMS	Profile of Mood States
PUMA	Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction

Úvod

Při výběru tématu své diplomové práce jsem vycházela ze své zkušenosti a praxe. Již více než čtyři roky se pohybuji v oblasti telefonické krizové intervence a pracuji na lince důvěry. V současné době jsem na pozici vedoucí linky důvěry. Když jsem se rozhodovala, o čem by moje diplomová práce měla být, na co by se měla zaměřit, bylo mi jasné, že se chci věnovat oblasti telefonické krizové intervence.

K myšlence věnovat se oblasti duševní hygieny a jejím formám, které jsou vhodné pro pracovníky linek důvěry, mě přivedlo několik mých vlastních zážitků. Setkala jsem se v kontaktech s velmi těžkými klientskými příběhy, které na mě silně zapůsobily. Setkala jsem se s doprovázením klienta, který nechtěl být v okamžiku smrti sám. Setkala jsem se s tím, že jsem v době služby byla na pracovišti sama a nemohla jsem v danou chvíli požádat nikoho o pomoc. Nosila jsem si zvláště v začátcích svou práci a zážitky s ní spojené domů, nedokázala jsem se od ní odstříhnout. Měli jsme na pracovišti potíže se sháněním externí supervize, nějakou dobu jsme tedy mohli využívat jen intervizí. Někteří mí kolegové prožívali příběhy klientů ještě silněji, chtěli pomáhat nad rámec svých kompetencí. V týmu vznikaly neshody, a protože jsme neměli externího supervizora, neměl je kdo ošetřit. Vzdělávání nebo zpětná vazba nebyly zvláště v začátcích fungování pracoviště žádnou samozřejmostí.

Téma duševní hygieny u pracovníků linek důvěry jsem si zvolila, protože je to pro mě téma velmi palčivé. Vnímám velkou míru fluktuace pracovníků na lince důvěry, vnímám míru stresu, se kterou se snaží bojovat. Vnímám skutečnost, že pokud o sebe pracovníci v oblasti telefonické krizové pomoci dostatečně nepečují, nemají pak ani chuť do další práce, do práce na sobě, jsou unavení, přetažení.

Také z toho důvodu jsem se ve svém výzkumu rozhodla zaměřit na zmapování toho, jak pracovníci linek důvěry zásad duševní hygieny využívají a jaké podmínky jim v tomto ohledu poskytují sama pracoviště. Rozhodla jsem se také zjistit, které zásady pomáhají u pracovníků linek důvěry předcházet vyhoření, zaměřila jsem se na to, co pracovníkům z hlediska duševní hygieny na pracovištích chybí a čeho by potřebovali naopak méně. Cílem a hlavním záměrem celé práce pak bylo vytvořit na základě výsledků výzkumu návrh, jak pracovníci mohou proti vyhoření lépe bojovat, a co jim v tomto ohledu mohou poskytnout sama pracoviště.

Z pozice pracovníka linky důvěry i z pozice jejího vedoucího – očekávám, že výsledky této práce mohou být pracovníkům telefonické krizové pomoci inspirací a návodem k tomu, jak o sebe lépe a účinněji pečovat a vedoucím linek důvěry k tomu, aby se zamysleli nad systémem fungování svého pracoviště a podmínkami, které svým pracovníkům poskytují. Pokud totiž nabízí svým pracovníkům v této oblasti kvalitní péči a zázemí, samozřejmě se to pak může odrážet i na spokojenosti pracovníků, jejich případné fluktuaci a na kvalitě poskytované služby.

I. Teoretická část

1. Duševní hygiena

V této kapitole se budeme zabývat vymezením duševní hygieny, jejím vývojem a představením základních pojmů z této oblasti. A to především kvůli získání teoretického základu pro další část této diplomové práce, která bude zaměřena na praktické využití těchto poznatků.

1.1 Definice duševní hygieny

Když se pokusíme srovnat několik vybraných definic duševní hygieny, zjistíme, že je jim společná především jedna základní myšlenka. A to, že duševní hygiena je věda zabývající se především preventivní péčí o duševní zdraví člověka.

Míček (1984) definuje duševní hygienu jako systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.

Podle Bedrnové (2009) bychom mohli duševní hygienu označit jako interdisciplinární obor zaměřující se na otázky hledání a nalézání efektivního způsobu života, optimální životní cesty pro každého z nás. Takto lze chápat duševní hygienu v širším slova smyslu. V užším slova smyslu pak můžeme duševní hygienu chápat jako obor zabývající se problematikou uchování duševního zdraví.

Bartko (1984) se ve své knize Moderná psychohygiena zmiňuje o tom, že udržení duševního zdraví je víc než ochrana disponovaných jedinců před onemocněním, více než odstraňování škodlivých faktorů, které by mohly škodlivě působit i u zdravého jedince. Jde

tedy o takovou úpravu životních podmínek člověka, která by u něho vyvolala pocit spokojenosti, osobního štěstí, fyzické a psychické zdatnosti a výkonnosti.

Podle Columbia Electronic Encyclopedia (2011) se duševní hygienou rozumí věda zabývající se podporou psychického zdraví a předcházením psychických poruch za pomoci psychiatrie a psychologie.

Doležal (1961) se zmiňuje o tom, že poznatky a preventivní péče vztahující se k duševnímu zdraví člověka se považují za relativně samostatnou oblast všeobecné hygieny a bývají označovány jako hygiena duševní (mentální).

Kondáš (1985) definuje duševní hygienu jako hnutí, které se snaží zabránit vzniku duševních poruch, studuje a realizuje optimální podmínky a zásady na udržování duševního zdraví.

Pojem duševní hygiena v moderním pojetí začal být uplatňován až na počátku 20. století. Podle Míčka (1984) má zásluhu na prosazení duševní hygieny do života společnosti především učitel Clifford W. Beers, jenž upozornil na osud chovanců amerických ústavů pro duševně choré. Mezi Beersovi předchůdce můžeme zařadit například F. Pinela, který prosadil lidštější zacházení s psychicky nemocnými pacienty.

1.2 Vývoj duševní hygieny

Abychom dokázali základní otázky duševní hygieny zasadit do správného rámce, je užitečné se nejprve seznámit s myšlenkovými koncepty, na kterých tato disciplína stojí.

Problematika duševního zdraví stojí na poměrně starých základech. Teprve postupně je však komplexněji budována a systemizována její poznatková základna (u nás například Bartko 1984; Bedrnová et al., 1996 a 1999; Doležal et al., 1961; Machač et al., 1984; Míček, 1984; i mnozí další). Kromě tradičních, z každodenního života vycházejících zkušeností, jež mají často podobu různých pověr, předsudků a ne zcela odborně podložených závěrů, se myšlenky týkající se duševního zdraví člověka a možností jeho uchování, resp. rozvíjení, objevovaly od počátku v kolébce věd – ve filozofii (Bedrnová, 2009).

Tyto poznatky se objevují především ve filozofii staré Číny, Egypta a Indie. Podle Bedrnové (2009) se filozofové tehdy věnovali nejen základním otázkám existence světa a člověka, ale zabývali se i problémy každodenního života jednotlivců. Z hlediska duševní hygieny byla zásadním obdobím zejména antická filozofie. S jednou z nejstarších koncepcí duševní hygieny přišel matematicky orientovaný filozof Demokritos. Podle jeho teorie je člověk dynamickým systémem, který by měl žít v rovnováze sám se sebou i s přírodou a se světem. Pokud se člověk z této rovnováhy vychýlí, důsledkem je podle Démokrita onemocnění. Člověk by mu tedy měl účinně předcházet, dodržovat střídmost a radovat se i z maličkostí. Také epikurejci se tématu duševní hygieny okrajově věnovali. Epikuros a jeho následovníci upozorňovali na to, že pro vyrovnaný život je nejdůležitější poznání. Prostřednictvím poznání lze totiž podle jejich názoru dospět k ataraxii, tzn. ke stavu životního nahledu, vyrovnanosti a moudrosti. Také stoici se zabývali otázkami a koncepcí duševní hygieny. Zejména Epiktétos a jeho žáci rozvíjeli filozofii odříkání. Zdůrazňovali především dosažení klidu, vytrvalosti, otužilosti a neochvějnosti (Bedrnová, 2009).

Křesťanská filozofie naopak k rozvoji tematiky duševní hygieny příliš nepřispěla. Až reformace a později zejména renesance přinesly v tomto směru určité změny. V 18. století se z postupně vznikajících medicínských oborů vyčlenila psychiatrie, v 19. století se z filozofie vyčlenila jako speciální vědní disciplína psychologie. Tu již duševní život zajímá z hlediska všech působících zákonitostí (Bedrnová, 2009).

1.3 Základní pojmy duševní hygieny

V této podkapitole se zaměříme na vymezení základních pojmů duševní hygieny, a to z toho důvodu, abychom definovali a blíže přiblížili význam a důležitost pojmů, které se budou vyskytovat v dalším textu této diplomové práce. Domníváme se, že u těchto pojmů je podstatné se na tomto místě pozastavit a jejich význam si blíže vysvětlit či připomenout.

1.3.1 Duševní zdraví

Mezi základní pojmy duševní hygieny patří bezesporu pojem duševní zdraví. Duševní zdraví je definováno jako žádoucí stav, který je výsledkem vědomého nebo nevědomého dodržování zásad duševní hygieny (Míček, 1984).

Míček (1984) také popisuje dále dvojí pojetí duševního zdraví. Užší pojetí ztotožňuje duševní zdraví zejména s nepřítomností příznaků duševní nemoci, nerovnováhy a poruch adaptace. Širší pojetí nezdůrazňuje nepřítomnost poruch, naopak se snaží charakterizovat, popsat projevy optimálního duševního zdraví, což často splývá s popisem optimální životní adaptace.

Nyní ke zdraví obecně. Dle Světové zdravotnické organizace WHO (2012) je zdraví komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody, nejen absence nemoci.

Doležal (1964) považuje za zdraví takový stav organismu, kdy struktura a funkce jednotlivých orgánů ani regulace jejich celkové souhry nejsou porušeny. Při duševním zdraví by pak šlo speciálně o struktury a funkce umožňující duševní život, jakož i o vlastní psychické procesy včetně jejich regulace.

Křivohlavý (2003) popisuje sedm různých teorií zdraví:

- Zdraví jako zdroj fyzické i psychické síly - zdraví je považováno za určitý druh síly, která člověku pomáhá zdolávat v životě různé těžkosti
- Zdraví jako metafyzická síla - představa zdraví jako něčeho, co člověku umožňuje dosahovat vyšších cílů, než je samo zdraví
- Salutogeneze - individuální zdroje zdraví - zdraví je chápáno jako celková charakteristika postoje k životu, jako odolnost člověka, která chápe životní úlohy jako výzvy
- Zdraví jako schopnost adaptace - zdraví je považováno za schopnost upravit prostředí nebo změnit vlastní způsob života

- Zdraví jako schopnost dobrého fungování - zdraví je stav optimálního fungování člověka vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů, k nimž byl socializován
- Zdraví jako zboží - zdraví je chápáno jako zboží na trhu, které se dá dodat, koupit nebo ztratit
- Zdraví jako ideál - zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně; není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti

Na základě těchto teorií definuje Krivohlavý (2003) zdraví jako celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.

1.3.2 Stres

Pojem „stres“ nebo „tlak“ (angl. stress nebo pressure) byl podle Kranner a kol. (2010) poprvé popsán v roce 1821 Cauchym v teorii pružnosti a znamenal množství síly působící na danou jednotku plochy. Od 30. let 20. století začal být tento pojem používán také v terminologii biologických systémů. Do biomedicínkých věd zavedl tento pojem endokrinolog Selye.

Selye (1966) definuje stres jako stav projevující se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému.

Praško a Prašková (1996) pod slovem stres rozumí reakci organismu na nadměrnou zátěž. U zvířat se stresová odpověď objevuje vesměs v situacích, kdy jde o život. Ovšem u člověka dostala sociální a psychologická rovina podobný význam, jako rovina biologického přežití. Stresová odpověď se často objevuje po stresorech v mezilidských vztazích, i když zpravidla o život nejde.

Křivohlavý (1994) rozlišuje několik významů pojmu stres podle toho, na jakou jeho charakteristiku klademe důraz. Stresem se pak může rozumět celá těžká situace, například smrt blízkého člověka. Stresem se může dále rozumět podmínka, okolnost či nepříznivý faktor - stresor - který na člověka dopadá. Stres můžeme také chápat podobně jako Selye a řada dalších fyziologů jako odpověď organismu na stresující činitele. A konečně stresem můžeme rozumět také celkový vnitřní stav člověka sevřeného nepříznivými okolnostmi.

Je však také třeba zdůraznit, že rozlišujeme mezi přijatelným stresem (eustresem) a negativním stresem (distresem). Eustres je spojen například s překonáváním překážek, s příjemným očekáváním, se sledováním detektivky - je tedy všude tam, kde máme situaci pod dobrou kontrolou. Distres se objeví tam, kde věci přestáváme zvládat, cítíme se přetížení, ztrácíme jistotu a nadhled. Eustres i distres se tělesně projevují podobně. Ze zdravotního hlediska jde spíše o míru stresu a to, jak často se objevuje. Škodlivým se pak stává překročení určité individuální hranice v tom, jak silný stres člověk prožívá a jak často (Praško, Prašková, 1996).

Křivohlavý (1994) dále rozlišuje stresové situace podle jejich intenzity. Stres, který překračuje schopnost vyrovnat se s ním, nazývá jako hyperstres. Naopak stres, který nedosahuje obvyklých tolerancí, jako je tomu například u tzv. ministresorů, plíživých negativních vlivů monotónnosti, nudy, frustrace či senzorické deprivace, označuje jako hypostres.

Pro odlišení vnitřní těžké, tísnivé situace člověka ve stresové situaci a okolností, podmínek či podnětů, které na něho doléhají, se používá pojmu „stresor“ pro druhou skupinu jevů. Termín „stresor“ můžeme chápat jako „negativně na člověka působící vliv“.

Selye (1966) rozděluje stresory na fyzikální a emocionální. Mezi fyzikální stresory řadí například alkohol, kofein, nikotin a jiné drogy, ale také radiaci, znečištění vzduchu, viry, bakterie, nehody, úrazy či genetickou zátěž. Do skupiny emocionálních stresorů řadí Selye mimo jiné také úzkostnost, zármutek, strach, nenávisť, zlobu či nevyspalost.

Podobně jako u stresu Křivohlavý (1994) také u stresorů poukazuje na jejich dělení a speciální termíny pro tzv. malé a velké stresory. Ministresory, případně až mikrostressory, vyjadřují poměrně mírné až velmi mírné okolnosti či podmínky vyvolávající stres. Jako příklad autor uvádí dlouhodobě pocíťovaný nedostatek lásky, který se kumuluje, až dosáhne hranice stresu, takže uvádí člověka do stavu vnitřní tísně. Makrostresory jsou naopak deštající až vše ničící vlivy.

V teorii stresu hovoříme nejen o stresorech, ale také o salutorech. Salutory chápeme jako faktory, které v těžké situaci člověka posilují, povzbuzují a dodávají mu sílu a výdrž v boji k dalšímu pokračování boje se stresorem. Příkladem může být pochvala a povzbuzení od člověka, kterého si vážíme. V psychologické literatuře se můžeme setkat také s pojmem posily. V podstatě lze říci, že posily a salutor mají velmi podobný význam. Posily totiž chápeme jako situace, které člověka „staví na nohy“. Příkladem může být návštěva člověka, který je zdrojem pozitivní sociální opory (Křivohlavý, 2003).

Praško a Prašková (2001) uvádějí, že stresová reakce přivádí organismus do stadia pohotovosti a připravenosti k „boji“ nebo „útěku.“ Pokud není toto řešení úspěšné, dostává se organismus do stavu útlumu a rezignace (deprese). Důležitou úlohou stresu je tedy chránit organismus před nebezpečím. Mechanismus stresové reakce jsme zdědili po svých předcích. Spouští se, kdykoli rozpoznáme, že jsme v ohrožení. Pokud čelíme fyzickému nebezpečí, je mechanismus stresové reakce efektivní. Pokud však čelíme psychologické hrozbě, není tento mechanismus právě užitečný. Může se stát, že nevíme, z jakého důvodu jsme ve stresu a snažíme se vzniklou situaci interpretovat. Takové interpretace však bývají nezdědka chybné, což ještě zvyšuje míru stresu. Může zde také výrazně zapracovat fantazie. V zásadě však samotné příznaky náhlého stresu nebývají nebezpečné. Ačkoli dlouhodobý stres může vést k psychickým nebo psychosomatickým obtížím. Stresová reakce v organismu má podle Praška a Praškové (2001) 2 fáze:

- 1. fáze stresové reakce - poplachová reakce. Pokud organismus rozezná podnět jako stresový, vyvolává tento podnět neklid. Na něj navazuje výlev adrenalinu a noradrenalinu, je aktivován sympatikus. Aktivace sympatiku vede k uvolnění energie, dochází k vyplavení cukru, tuků a škrobů ze zásob do krve. Tato energie putuje krevním řečištěm společně s kyslíkem do tkání, které jsou pro útok nebo útěk nejdůležitější, tedy k mozku, kosternímu svalstvu, srdci a plicím. Poplachová reakce se tedy projeví zúžením cév v kůži, zrychlením tepu srdce, zrychlením dechu, zvýšením napětí kosterního svalstva a jeho zvýšeným zásobením krví, snížením napětí hladkého svalstva trávicího traktu, rozšířením zornic, odkrvením prstů a husí kůže.
- 2. fáze stresové reakce - všeobecný adaptační syndrom. Po první alarmové reakci přichází dlouhodobější reakce. Cílem je zklidnění organismu. Adaptační fáze přichází ve chvíli, kdy se poplachová reakce vyčerpala.

Organismu pak jde především o to, aby si vytvořil ochranu pro překonání či přečkání nepříznivé situace. Výrazně je zesílena útlumová složka a přednostně jsou zajišťovány funkce, které organismus zajišťuje v útlumové fázi. Je aktivován parasympatikus a z hypofýzy je uvolněn adrenokortikotropní hormon. Ten stimuluje kůru nadledvin k produkci kortizolu a kortizonu, který mobilizuje energii. Ačkoli organismus funguje v útlumovém režimu, stojí ho to hodně energie, i při adaptační fázi tedy neekonomicky využívá rezerv. Kortizol a kortizon také dávají zpětnou vazbu hypothalamu. Při dostatečné hladině těchto hormonů přestává mozek dávat další impulzy pro udržování stresové reakce. Pokud je zpětný signál nedostatečný, nebo je k němu znecitlivělý mozek po dlouhodobém stresu, dochází k dalšímu stupňování stresové reakce, což je typické například u depresí.

V oblasti zjišťování zdrojů zátěže se stala klasickou studie autorské dvojice Holmes a Rahe (1967). K identifikaci závažných sociálních dopadů působení stresu je používána jejich Škála sociální readaptace. Tato metoda se skládá ze 43 položek různých životních situací, které byly vybrány na základě rozsáhlých šetření zaměřených na souvislosti mezi prožitím určitých životních událostí a následujícím vznikem či rozvojem určitých onemocnění. Každá položka má přiřazený počet bodů, které vyjadřují její „váhu“. Proband hodnotí nejčastěji události posledního roku. V případě vícenásobného výskytu událostí se počet bodů násobí počtem výskytů a celkové dosažené skóre se sečte.

Událost	Počet bodů
Smrt partnera	100
Rozvod	73
Rozchod s partnerem	65
Pobyt ve vězení	63
Smrt příslušníka rodiny	63
Osobní úraz nebo nemoc	53
Svatba	50
Propuštění z práce	47
Manželské usmiřování	45
Odchod do důchodu	45
Zdravotní změny příslušníka rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální problémy	39
Příchod nového člena rodiny	39
Změny ve finančním postavení	38
Smrt blízkého přítele	37

Přechod na nový způsob práce	36
Přibývání manželských hádek	35
Větší zadlužení	31
Ztráta velkého obnosu peněz	30
Změny odpovědnosti v práci	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Potíže s příbuzenstvem s partnerovy strany	29
Mimořádný osobní úspěch	28
Partner/ka začíná nebo končí s prací	26
Začátek nebo konec školy	26
Změny životních podmínek	25
Změny v osobních návycích	24
Potíže se šéfem	23
Změny v pracovních hodinách nebo podmínkách	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna v rekreování	19
Změny v náboženských aktivitách	19
Změny ve společenských aktivitách	18
Zadlužení	17
Změny ve spánkových návycích	16
Velké změny v počtu rodinných příslušníků	15
Změny v návycích v jídle	15
Prázdniny, dovolená	13
Vánoce	12
Drobná porušení zákona	11

Tabulka 1 - škála sociální readaptace

Zdroj: HOLMES, Thomas H. a Richard H. RAHE. The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research [online]. 11(2), 213-218 [cit. 2012-01-16]. DOI: 10.1016/0022-3999(67)90010-4. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0022399967900104>

Za relativně bezrizikové skóre se považuje pásmo do 150 bodů, v pásmu 150 - 200 bodů by mohlo dojít k psychosomatickému onemocnění u asi 40% osob, v pásmu 200 - 299 u 50% osob a konečně v pásmu nad 300 bodů až u 80% osob. Čím vyšší je skóre, tím intenzivnější by měla být intervence zaměřená na změnu té stránky způsobu života, která je nejvíce dotčena.

Stres může mít negativní dopady na náš zdravotní stav. Na vině však nejsou pouze těžké životní události, ale také každodenní starosti a těžkosti. Podle Křivohlavého (2003) se však ukazuje, že ne každý, kdo je vystaven tomu či onomu stresoru, onemocní. Stres může působit na negativní změnu zdravotního stavu buď přímo, nebo nepřímo. Přímým účinkem stresu na onemocnění obvykle rozumíme jeho vliv na imunitní, endokrinní nebo nervový

system. Nepřímým vlivem stresu na zdravotní stav se rozumí vliv stresu na chování člověka, například na změnu životního stylu. Velká pozornost byla také zaměřena na souvislosti přemíry stresu s různými onemocněními. Mnoha studiemi (např. Björling 2009; Morris et al., 2011; Peters et al. 2007) byl prokázán vztah mezi stresem a vysokým krevním tlakem, infarktem myokardu, bolestmi hlavy, astmatem, alergiemi, diabetem či rakovinou. Stres také stojí u zrodu depresí a úzkostí.

1.3.3 Coping

V češtině slovo coping často používáme ve spojení se slovem stres. Anglické sloveso „to cope“ v překladu do češtiny znamená „vyrovnávat se s něčím“, „zvládat něco“. Křivohlavý (1994) překládá slovo coping jako zvládání nadlimitní zátěže.

Významově podobným termínem je pojem adaptace. Křivohlavý (1994) však zdůrazňuje, že adaptace se od copingu liší stupněm náročnosti výzvy. Zatímco adaptací je míněno vyrovnávání se zátěží, která je relativně v normálních mezích, pro člověka v poměrně dobře zvládnutelné toleranci, termínem coping se rozumí boj jedince s nadlimitní zátěží. Výraz „nadlimitní“ je třeba chápat jak v dimenzi intenzity, tak ve smyslu délky doby trvání.

Skinner a Zimmer-Gembeck (2009) hovoří doslova o stovkách copingových strategiích, které již byly popsány. Musíme mít však na mysli, že zvládání zátěže bývá ovlivněno jednak kontextem situace, vztahy a v poslední řadě také individuálními charakteristikami. Na druhou stranu mohou copingové strategie působit také na našeho komunikačního partnera, mnohdy mohou přispívat k hromadění krátkodobých zdrojů pomoci. Coping je tedy podle autorů v podstatě součástí neustále se opakujícího procesu adaptace na stres a přispívá k rozvoji duševního zdraví, případně nemoci.

Lazarus (1966) definuje coping jako kognitivní proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje. Jádrem zvládání je podle autora využívání snah řídit vnitřní či vnější požadavky, které na člověka těžce doléhají.

Lazarusova definice zvládání klade podle Křivohlavého (2003) důraz na čtyři skutečnosti:

- Zvládání není jednorázovou záležitostí, je to dynamický proces.
- Zvládání není automatickou reakcí.
- Zvládání vyžaduje určitou vědomou snahu a námahu jednající osoby.
- Zvládání je snahou řídit dění

Za zmínku stojí také jeden aspekt zvládání, kterým je anticipace (předjímání). Termínem „anticipatory coping“ se označují procesy, které probíhají před tím, než se člověk dostává do těžké životní situace. Přípravuje se nejen na to, že se určitá událost blíží, ale i na boj s ní. Jedná se o přípravu nejen kognitivní, ale i emocionální a volní, o přípravu vhodných strategií a budování zdrojů sil (Křivohlavý, 1994).

1.3.4 Frustrace

Také frustrace je jedním ze základních pojmů, se kterým se v oblasti duševní hygieny pracuje. Míček (1984) definuje frustrující podněty jako činitele, které hatí potřeby jedince, a tím ztěžují jeho adekvátní adaptaci. Frustraci můžeme chápat jako jeden typ stresoru, jako psychický stresor.

Obecné pojetí fenoménu frustrace je spojeno s negativní konotací. Každodenní drobné frustrace definují Massey a kol. (2009) jako stres způsobovaný vnitřními nebo vnějšími požadavky, které mohou bránit dosažení našich cílů.

O tom, do jaké míry se adaptuje jedinec na působení frustrujících podnětů, rozhoduje tzv. frustrační tolerance.

Frustrační tolerance je v podstatě mírou odolnosti vůči frustrující situaci. Vysoká frustrační tolerance umožňuje jedinci bezproblémově zvládat obtížné životní situace při zachování duševního zdraví. Při nedostatečné frustrační toleranci naopak dochází k maladaptaci. Pestré příznaky maladaptace může jedinec zvládat sám úpravou okolního prostředí i úpravou svých sociálních vztahů (Míček, 1984).

1.4 Aspekty duševní hygieny v každodenním životě

Abychom si byli schopni udržet psychické zdraví, je důležité řídit se základními pravidly správné životosprávy. To platí samozřejmě i pro pracovníky linek důvěry. Ani formy duševní hygieny, které může nabídnout zaměstnavatel svým zaměstnancům, nejsou všemocné. Pro zachování duševního zdraví je nezbytné dodržovat zásady psychohygieny také mimo naše pracoviště, v našem každodenním životě. Také z toho důvodu jsme se rozhodli do této diplomové práce tuto kapitolu zařadit.

Při dělení do podkapitol jsem vycházela z citované odborné literatury (Bedrnová, 2009; Fořt 2005; Geddes, 2011; Kubišová, 2010; Míček 1984; Vašutová 2009; Walsch, 2011) a výzkumů (Ravan, 2008; Wong, 2011 aj.).

1.4.1 Životní rytmy

V moderním světě je život do značné míry diktován časem. Ale i v nepřítomnosti hodin či kalendáře je naše tělo stále ovlivňováno rytmem našich vnitřních časoměřičů, tzv. cirkadiánních rytmů. V rámci duševní hygieny bychom se měli naučit tyto rytmy respektovat a řídit se podle nich.

Podle Geddes (2011) v průběhu 24 hodin prožíváme cykly fyzických a psychických změn, které připravují náš mozek a tělo k plnění úkolů, které s větší pravděpodobností přicházejí v určitých denních dobách. Nejznámějším cyklem je cyklus bdění a spánku, ale existuje i mnoho dalších. Cirkadiánní rytmy ovlivňují vše počínaje tím, jakým způsobem vykonáváme naše fyzické a duševní úkoly až po skutečnost, v jaké denní době bude například nejvyšší účinnost léků. Nejsme ten samý organismus v poledne jako o půlnoci.

Určitý rytmus má lidský dech i tep lidského srdce, své rytmy má také lidský mozek. Rytmičnost patří k základním rysům a zákonitostem našeho života a je pro nás jako lidi

druhově charakteristická. Navíc jsou pro nás typické i značné rozdíly mezi jednotlivci. Vyplývá to ze specifík našeho života. Významnou roli zde hraje především to, že jsme živočichy, kteří se přizpůsobují svému prostředí aktivně (přetváříme si ho vzhledem ke svým potřebám). Aktivní přizpůsobování se podmínkám života vždy vyžaduje, abychom jednali se znalostí věci. Je proto namístě připomenout si zde některé i zcela banální záležitosti, kterými se ve svém uvažování zpravidla zabýváme poměrně málo. Možná i proto, že běžně fungují samy o sobě. Dostáváme se tak následně do situací, kdy si mnohé z funkcí vlastního organismu nebo psychiky svým jednáním poškozujeme. A patří mezi ně pochopitelně i ty, které spoluvytvářejí biologický rytmus našeho života a jejichž narušení na nás může mít silně nepříznivý až ohrožující dopad (Bedrnová, 2009).

1.4.2 Spánek

Bdělý stav zahrnuje přibližně dvě třetiny času, který máme v rámci čtyřiaadvacetihodinového cyklu k dispozici. Na spánek ho obvykle zbývá jedna třetina. Individuální potřeba spánku obvykle závisí na naší celkové tělesné konstituci, zdravotním stavu, kvalitě nervové soustavy a podílejí se zde stále více také četné faktory psychické (Bedrnová, 2009).

Často se objevují varování před příliš krátkou dobou spánku. Kubišová (2010) uvádí, že normální a zdravá délka spánku by se měla pohybovat mezi šesti a devíti hodinami denně. V úvahu bychom však měli brát také tvrzení, že v chronicky prodloužený spánek (například devět a více hodin denně) může dospělému škodit podobně jako třeba chronické přejídání (Míček, 1984).

Pro správné fungování našeho organismu i naší psychiky bychom si měli především vytvořit pravidelný spánkový režim. Vašutová (2009) ve svém článku o nespavosti uvádí základní zásady spánkové hygieny. Zdůrazňuje, že bychom měli vstávat vždy ve stejnou hodinu a zpravidlnit cyklus spánek-bdění. Pravidelnost odpočinku v podobě spánku totiž pomáhá uchovat si fyzické i psychické zdraví.

Rowshan Ravan et al. (2010) zkoumali u švédských žen obvyklou délku jejich spánku, subjektivní spokojenost s kvalitou spánku a její souvislost s aktuálně prožívaným stresem. Probandky podle tohoto výzkumu v průměru spaly 7 hodin denně, což koresponduje s dalšími výzkumy zaměřenými na toto téma v Evropě i USA (Groeger et al., 2004; Hyypä et al., 1997; Kripke et al., 2002; Li et al., 2002; Walsh and Uestuen, 1999) a s touto délkou spánku byla většina z nich spokojena. V tomto výzkumu byla také prokázána významná souvislost se subjektivně vnímanou sníženou kvalitou spánku a aktuálně prožívaným stresem.

1.4.3 Výživa

Správnou výživou lze nejen upevnit duševní rovnováhu, ale i zvýšit odolnost vůči infekcím, zvednout svou výkonnost, prodloužit svůj život (Míček, L., str. 44, 1984). Oblast výživy patří k základům celé naší životosprávy. Proto je třeba nad režimem vlastního stravování racionálně zauvažovat a najít si takovou jeho variantu, která by nám neškodila po stránce fyzické ani psychické (Bedrnová, 2009).

Podle Fořta (2005) se Češi drží v čele tabulky výskytu rakoviny tlustého střeva a konečníku, v Evropě jsme také na čelních příčkách, co se týče infarktu myokardu. Také obezita je v České republice podle autora výrazným problémem. Fořt (2005) tedy doporučuje dbát na prevenci a dodržovat zásady zdravé výživy. Tedy jíst pravidelně, snídat, večer se nepřejídat a konzumovat kvalitní potraviny.

Wong (2011) zkoumala souvislost stresu s přijímaným složením potravy. Z jejího výzkumu adolescentů ve věku 14 – 18 let vyplynulo, že složení stravy souvisí se subjektivním prožíváním stresových situací. Ti, u kterých byla zaznamenána vyšší míra subjektivně prožívaného stresu, měli menší kalorický příjem, a tedy také menší příjem vitaminů a minerálů, což se mohlo dále negativně podepisovat na jejich duševním i fyzickém zdraví.

1.5 Aspekty duševní hygieny v práci a pracovním prostředí

Stejně jako je důležité dodržovat zásady duševní hygieny v našem osobním životě, neměli bychom na jejich dodržování zapomínat ani na pracovišti. Pracovníci linek důvěry by tedy dle základních zásad duševní hygieny (Míček 1984; Bartko 1984) měli pamatovat na pravidelné krátké přestávky po náročných kontaktech, na krátké protažení, relaxaci, vyvětrání. Důležité je dle autorů také vhodné uspořádání pracoviště. Pracoviště linky důvěry by mělo být situováno v klidných prostorách, aby pracovníky při kontaktech s klienty nerušily zvuky zvenčí, k dispozici by měla být postel, sprcha (zvláště na pracovištích, které mají nonstop provoz), pohodlná židle nebo křeslo. Následující podkapitoly tedy věnujeme duševní hygieně na pracovišti.

Při dělení do podkapitol jsme vycházeli z citované odborné literatury (Bartko 1984; Bedrnová, 2009; Míček 1984; Křivohlavý, 1985; Švigová, 1967) a výzkumů (Brumby et al., 2011; Corazon et al., 2010; Häfner a Stock, 2010; Kearns a Gardiner, 2007 aj.).

1.5.1 Práce a odpočinek

Jak jsme již v předchozí kapitole zmínili, abychom našli optimální režim práce a odpočinku, měli bychom se naučit respektovat naše životní rytmy. „Umění“ odpočívat je zásadní pro regeneraci organismu a obnovu duševních sil. Míček (1984) uvádí pro odpočinek několik obecných zásad:

- Lehká únava se odstraní nesrovnatelně rychleji, než když už bylo dosaženo značného stupně únavy.
- Odpočinek musí být také doprovázen celkovým duševním uklidněním. Pracovník musí soustředit svou pozornost pouze na odpočinek, který prožívá.
- Kvalitě odpočinku účinně napomáhá změna prostředí. Žádný člověk si neodpočine v prostředí, které je pro něho prostředím pracovním.

- Další významnou zásadou je aktivnost odpočinku. Přestávka vyplněná takzvaným aktivním odpočinkem je pro zotavení účinnější než celková nečinnost. Duševní pracovník si odpočine u manuální práce, případě sportem, tělesně pracující zase u duševní práce.
- Nečinnost není odpočinkem. Stálé, pravidelné zaměstnání mozku je stejně důležité jako svalová aktivita.
- Rozdělení odpočinku. Krátký, asi pětiminutový odpočinek by měl být zařazen po každé hodině duševní práce.

Na naši únavu mají vliv vnější i vnitřní činitele. Bartko (1984) mezi vnější činitele řadí teplotu a vlhkost vzduchu, hladinu hluku, obsah kyslíku v místnosti, osvětlení, barevné řešení pracovního prostředí, způsob práce apod. Mezi vnitřní činitele patří například zájem o práci nebo zajímavost a obtížnost úkolů. Únava je poplašným signálem. Upozorňuje na to, že je čas na odpočinek. Chronická únava pak vzniká u pracovníků, kteří si dávají těžší úkoly, než jsou schopni splnit, ale také při dlouhodobě trvajících nepříjemných zážitcích, a to i v soukromém životě.

Bedrnová (2009) hovoří v souvislosti s režimem práce a odpočinku o potřebě brát v úvahu osobní a pracovní tempo. Obdobně je na místě připomenout i odlišnosti v osobním a pracovním rytmu. Podle Bedrnové (2009) je důležité také respektovat, aby nebyl náš osobní rytmus v zásadním protikladu s rytmem pracovním (např. práce na noční směny apod.)

1.5.2 Pohybové aktivity

Pohyb je ve všech svých formách nejdůležitějším prvkem autoregulace pro zachování tělesného i duševního zdraví. V současné době pracuje mnoho z nás vsedě, což je poloha civilizační a z hlediska fyziologie poloha nevýhodná. Nastává u ní kritický tlak na sedací plochy, proti němuž nemáme přirozené ochranné mechanismy. Dochází ke značnému odkrvení velkých ploch kůže, k nepříznivým vlivům na páteř, což se může projevit bolestmi v zádech či sníženou pohyblivostí páteře. Právě tyto jednostrannosti se však dají výhodně kompenzovat zvýšenou pohybovou aktivitou (Míček, 1984).

Nejdostupnější pohybovou aktivitu přitom představuje chůze. V případě sportu lze volit to, co nám vyhovuje či v čem jsme úspěšní. Podle osobnostních dispozic bychom měli také vybírat sporty individuální či kolektivní. Vhodná je však spíše forma rekreační, neboť vrcholový sport v řadě případů nadměrně zatěžuje některé partie našeho organismu a v pozdějším věku může vést i k vážnějším onemocněním (Bedrnová, 2009).

Míček (1984) dále zdůrazňuje, že nedostatek pohybové aktivity podporuje výrazně emoční napětí. Předpokládá také, že nedostatek přiměřeného pohybu přispívá k vytváření podmínek pro vznik řady psychosomatických onemocnění. Upozorňuje i na negativní korelace mezi dobrou fyzickou kondicí a příznaky duševní nerovnováhy, jako je úzkost, napětí, stahování se do sebe či přílišná emocionálnost. Dobrá fyzická kondice přispívá také k sociální akceptaci jedince. Ani závislost mezi tělesnou zdatností a duševním zdravím však není absolutní. Míček (1984) však zdůrazňuje, že nedostatek pohybu představuje výraznou zátěž psychiky.

1.5.3 Volný čas

Obvykle bývá doba, kdy bdíme, dělena na čas věnovaný práci a volný čas. Toto dělení se však neukazuje jako příliš vhodné, neboť v něm není specifikováno také časové rozmezí, které jsme obvykle nuceni věnovat péči o zajištění své existence (základní hygiena, vaření, úklid, praní, žehlení) a řadě dalších činností označovaných jako domácí práce. Kromě toho „ztrácí“ každý z nás určité množství času také dopravou, nákupy nebo konzumací jídla. Při takovémto podrobnějším členění celkového množství času obvykle zjišťujeme, že volný čas je spíše menší položkou, než bychom sami chtěli. K uvedeným činnostem přibývá totiž dále čas na partnera, a zejména čas na výchovu dětí (Bedrnová, 2009).

Stává se tedy nezbytností umět si svůj volný čas vhodně uspořádat a rozvrhnout, abychom v současné uspěchané době dokázali obstát.

Volný čas a způsob jeho trávení je z hlediska duševní hygieny poměrně zásadní. Každý svůj volný čas trávíme po svém, důležité však je, aby nás naše zájmy a aktivity

dokázaly nabíjet energií, abychom si při nich odpočinuli od každodenních starostí. Vhodné je vybírat si své koníčky na základě toho, čemu se věnujeme v práci. Pokud pracujeme fyzicky, je vhodné vybírat si ve svém volném čase spíše aktivity, které nás zaměstnávají duševně. U pracovníků linek důvěry, kteří u své práce dlouhodobě sedí a práce je vyčerpává především po duševní stránce, je naopak vhodnou náplní vhodného času sport a pohyb na čerstvém vzduchu.

Podle Švigové (1967) jsou pro trávení volného času typické tyto charakteristiky:

- Výběr činností, kterými člověk svůj volný čas naplní, je svobodný.
- Volný čas má hédonistickou povahu. Činnosti jsou v jeho průběhu prováděny pouze pro samotné potěšení z nich. Požitek a blaho jimi způsobené jsou jejich jedinými účely.
- Jednou z charakteristik je i různorodost aktivit naplňující volný čas. Člověk pestrost potřebuje mj. proto, aby vyhověl různým svým potřebám.
- Volný čas slouží, resp. může sloužit, k rozvoji lidských schopností a vědomostí. Je prostorem pro rozkvět přirozené touhy po vzdělání a objevování.
- Volný čas umožňuje vyjádření individuality jedince. Tím, jak své volno tráví, vyjadřuje člověk sebe.

Trenberth (2005) uvádí, že způsob trávení volného času může být také účinnou copingovou strategií. Podle autorky se v poslední době zvyšuje na výzkumném poli zájem o způsoby trávení volného času a je jim také přisuzována větší důležitost. Výzkum oblasti volného času je zaměřen především na způsob trávení volného času a jeho vliv na zdraví, spokojenost a životní harmonii.

Například Corazon et al. (2010) ve výzkumu prováděném v Dánsku zjistili souvislost mezi volnočasovými aktivitami a činnostmi, které vedou ke zmírňování stresu. Výsledky ukázaly, že aktivity, které byly probandy subjektivně hodnoceny jako zmírňující stres, se neliší od toho, co probandi obvykle dělávají ve svém volném čase.

1.5.4 Hospodaření s časem

Časovou tíseň zažíváme v dnešní uspěchané době každodenně. Abychom získali více volného času, musíme především racionálněji využívat času, který máme v dispozici. V souvislosti s řízením času se vžil pojem time management, kterým rozumíme postupy nebo techniky plánování času za účelem efektivnějšího využití pracovního i volného času.

Dle periodika Computing Japan (1999) je time management o rozhodování, jakým způsobem budeme svůj čas trávit a co je pro nás důležité, čeho chceme dosáhnout. Mnoho z nás v tom, jak svůj čas využít, za sebe nechává rozhodovat ostatní, nebo nejrůznější situace. Času nikdy nebudeme mít více, proto je důležité se naučit rozhodovat o jeho využití tak, abychom dosáhli svých cílů. Používání základních principů time managementu nám může pomoci najít si čas na aktivity, na které si čas najít chceme a potřebujeme. Můžeme být efektivnější, protože se můžeme zaměřit na úkoly, které jsou nejdůležitější. Můžeme najít způsob, jak svůj čas využít a najít si v něm místo pro všechny aspekty života, jak dělat svoji práci efektivněji a eliminovat mrhání časem.

Míček (1984) navrhuje za účelem efektivního hospodaření s časem tyto postupy:

- zvýšení pořádku ve svých věcech a plná koncentrace pozornosti na činnost, kterou právě provozujeme
- střízlivý odhad vlastních pracovních možností, nepřibírání nesplnitelných povinností
- vytvoření rozumného rozvrhu práce a povinností, rámcového plánu práce doplněného seznamem úkolů a povinností
- správné posouzení závažnosti úkolů, omezení zbytečností
- výběr podstatných úkolů
- omezení časových ztrát, dát si pozor na zbytečnosti, které nás o čas připravují
- využití nejcennějších chvil dne, zvláště ráno po probuzení a večer před spaním
- využití rozdrobených časových úseků, například čekání v ordinaci či cestování dopravními prostředky
- využití volných chvil

- vytvoření pravidelného denního rytmu, denního režimu

Také Krivohlavý (1985) představuje desatero o moudrém hospodaření s časem:

- Čas považujeme za vzácný.
- Výdej času vědomě řídíme.
- Rozlišujeme důležité od nedůležitého.
- Více času věnujme věcem důležitým.
- Nejvíce času přiznávejme nejdůležitějším věcem.
- Minimum času věnujme věcem méně důležitým.
- Naučme se říci „ne“.
- Při skupinové činnosti dojednejme délku trvání aktivit.
- Na každou činnost nahlížejíme z hlediska její hodnoty.
- Pravidelně zhodnoťme své hospodaření s časem.

Bedrnová (2009) zdůrazňuje, že bychom v optimálním případě měli při jakémkoli plánování času vycházet z analýzy aktivit uskutečňovaných v určitém, nejméně čtrnáctidenním období, v rámci předem stanoveného časového rámce. Zpracováním takového čtrnáctidenního přehledu si snadno uděláme představu o tom, jak na tom se svým časem jsme. Kromě zásad time managementu, které již byly zmíněny, hovoří autorka také o delegování úkolů, jehož podstatou je přesunutí některých záležitostí na jiné osoby.

Goodin et al. (2005) se ve svém výzkumu zabývali tím, zda lidé, kteří si stěžují na nedostatek volného času, jsou skutečně tak přezaměstnaní v práci i doma kvůli tomu, že je to nezbytné, nebo kvůli tomu, že je to jejich volba. Výsledky studie ukázaly, že právě ti, co mají nejméně volného času a stěžují si na jeho nedostatek, si tuto cestu vybírají sami, záleží na jejich volbě, většinou to není nezbytností (například kvůli uživení rodiny apod.)

Kearns a Gardiner (2007) zkoumali v univerzitním kontextu vztah mezi time-managementem, vnímanou efektivitou a stresem. Zjistili, že pokud je osobním cílem zlepšování výkonu a zároveň snižování stresu, lidé se musí primárně zaměřit na účel své kariéry, na své priority a dlouhodobé plány místo například na zaměření se na úklid a organizaci svého pracovního stolu.

Häfner a Stock (2010) testovali ve své studii efekt vzdělávání v oblasti time managementu na strukturování času, vnímaný stres a pracovní výkon. Z výsledků studie vyplynulo, že trénink technik time managementu vedl k vnímanému zlepšení v oblasti strukturování času a ke snížení stresu pracovníků.

1.5.5 Úprava pracovního prostředí

Plné rozvinutí osobnosti člověka a radost z práce jsou determinovány různými okolnostmi. Mezi ně patří také vhodně upravené pracovní prostředí, ve kterém člověk tráví velkou část svého života. V čistém a správně upraveném prostředí se pracovník cítí příjemně, má větší chuť do práce, méně se unaví a dělá menší množství chyb. Pracovní prostředí má vliv také na výkon a celkovou psychickou činnost pracovníka (Bartko, 1984). Z tohoto důvodu se zkusíme podívat na úpravu pracovního prostředí podrobněji.

Práce jak duševní, tak fyzická vyžaduje přiměřenou intenzitu osvětlení, nemá-li se zrak unavovat. Nejvhodnější a nejpříjemnější je denní světlo, které má dostatečnou intenzitu, je bílé a nezkresluje barvy. Jinými podmínkami správného osvětlení jsou především jeho rovnoměrnost a vhodný směr osvětlení, přičemž by světlo mělo dopadat z levé horní strany a poněkud zepředu (Míček, 1984).

Příliš silný hluk nepříznivě ovlivňuje fyzické i psychické zdraví člověka a jeho pracovní výkon. Důsledkem hlučnosti je totiž nejen poškozený sluch, ale i psychické napětí, podrážděnost a nervozita. Vysoká hlučnost také ztěžuje vzájemnou komunikaci mezi pracovníky (Bartko, 1984). Při posuzování hluku hlučnosti pracoviště mají význam hodnoty jako intenzita hluku či frekvence hluku. Dále se u hluku bere v úvahu také jeho trvání v čase, zvuková odrazivost, propustnost a dozvuk neboli ozvěna. (Míček, 1984) Na pracovištích, kde je monotónní a stereotypní práce může se dobře uplatnit tzv. hudební kulisa. Přizpůsobení se rytmu ulehčuje práci, výkonnost pracovníků stoupá. Některé druhy hudby mají naopak uklidňující účinek, navozují příjemnou atmosféru. Musí však jít o hudbu dobře zvolenou. Bartko (1984) upozorňuje, že při duševní práci nebo při práci takového druhu, která vyžaduje soustředěnou pozornost, hudba působí rušivě a urychluje pocity únavy.

Při výčtu vhodných pracovních podmínek nesmíme opomenout ani takové vlastnosti prostředí jako teplota, vlhkost či cirkulace vzduchu. Podle Míčka (1984) je pro sedavou práci optimální teplota v zimním v rozmezí 20 - 22,5 °C, v létě pro tutéž práci 24 - 27 °C. Pro středně těžkou práci je během celého roku vhodná teplota 18,5 °C, pro namáhavou 16 °C. Výkonnost však ovlivňuje i vlhkost vzduchu a jeho cirkulace. Neměli bychom tedy na pracovišti zapomínat na přiměřené větrání.

1.6 Význam duševní hygieny

Duševní hygiena je návodem, který chrání před vyhořením a který je třeba nejen znát, ale také respektovat. Její význam je v pracovní sféře ale i v osobním životě nezpochybnitelný. Nelze vždy využít všech poznatků z oblasti duševní hygieny, můžeme však mít na paměti alespoň její základní pravidla a cíleně je přenášet do praxe.

Míček (1984) hovoří o důvodech zájmu o duševní hygienu. Uvádí následující čtyři kategorie:

- význam pro prevenci somatických a psychických nemocí – je známo, že psychicky zdravý a vyrovnaný jedinec bývá odolnější vůči somatickým nemocem. Také je dokázáno, že až jedna třetina všech somatických chorob vzniká primárně poruchou duševní rovnováhy. Respektování pravidel duševní hygieny může mít tedy velmi pozitivní vliv na prevenci somatických, ale také duševních poruch.
- duševní hygiena a sociální vztahy – člověk s pevným duševním zdravím má pozitivní vliv na své sociální okolí a je tomu samozřejmě také naopak, tedy že lidé s narušenou duševní rovnováhou vnášejí do mezilidských vztahů zvýšené množství konfliktů, bývají podráždění, precitlivělí či úzkostliví. A to vše má samozřejmě negativní vliv na jejich sociální vztahy.
- pracovní výkon a duševní hygiena – kvalita pracovního výkonu velmi úzce souvisí s duševní rovnováhou, a to především u profesí, jejichž těžiště se

nachází v jednání s lidmi. Význam duševní hygieny však nemůžeme opomenout ani u profesí tvůrčích či ryze manuálních.

- subjektivní spokojenost a duševní hygiena – nevyrovnaný člověk má sklon prožívat emocionální napětí spojené s neschopností tuto vnitřní energii adekvátně investovat. Důsledkem toho může být pocit nespokojenosti a chybějící pocit štěstí. Cílem duševní hygieny je v takovém případě poukázání na nedostatky, které jedince k subjektivní nespokojenosti vedou a nastínění možností, jak pravidel duševní hygieny využít k nastolení duševní rovnováhy.

1.7 Metody duševní hygieny

Tato kapitola je zaměřena na konkrétní metody duševní hygieny. Původně jsme metody chtěli rozdělit do dvou skupin – na péči o tělo a péči o duši. Když však došlo na samotné členění, zjistili jsme, že se obě skupiny prolínají a je obtížné je přesně rozdělit. Také z toho důvodu uvádíme metody duševní hygieny v této kapitole bez dalšího členění. Záměrně pak vynecháme některé metody duševní hygieny, které jsou pro telefonickou krizovou intervenci i pro některé další pomáhající profese specifické. Jedná se o supervizi, intervizi či debriefing. Ty zmíníme v souvislosti s pracovníky linek důvěry až v druhé části diplomové práce.

Abychom mohli účinně předcházet syndromu vyhoření a udržovat si psychickou rovnováhu, měli bychom pečovat o své tělo, ale také o svoji duši. Jednou z účinných metod duševní hygieny je bezesporu relaxace. V této kapitole jí bude věnován poměrně velký prostor, ačkoli půjde o seznámení spíše zevrubné. Dále bychom se v této kapitole chtěli věnovat pojmu sociální opora, také se krátce vrátíme k tématům jako je pohyb, spánek, odpočinek nebo správná výživa.

1.7.1 Relaxace a relaxační metody

Pod pojmem relaxace rozumíme psychické i fyzické uvolnění. Relaxace – spolu se správným dýcháním – patří k nejúčinnějším způsobům neutralizace negativních účinků stresu (Drotárová, Drotárová, 2003).

Potřeba uvolnit se je společná všem lidem, a dokonce i zvířatům. Jsou ale různé způsoby, jak uvolnění dosáhnout. Lidé žijí v různých podmínkách a jsou ovlivňováni odlišným kulturním prostředím. To se pak může projevit v jejich způsobu života i v tom, jaké relaxační techniky používají (Nešpor, 1998).

Jako příklad uvádím členění relaxačních technik dle Nešpora (1998). Sám autor k němu dodává, že následující přehled nemůže být úplný, neboť relaxačních technik je velké množství:

- Jógová relaxace
- Buddhistické meditační techniky
- Jacobsonova progresivní relaxace
- Schulzův autogenní trénink
- Relaxace za pomoci biologické zpětné vazby (biofeedback)
- Bensonova technika „Relaxační odpověď“

Na téma relaxační metody by se dala sepsat samostatná diplomová práce. Pro účely této diplomové práce podle našeho názoru postačí jejich krátké představení v dalších podkapitolách a možnosti využití nejznámějších z nich.

1.7.1.1 Jóga

Podle Mackenzie (2011) je jóga symbolem duševní síly – vydržet v náročných pozicích vyžaduje pružnost a sílu, ale ještě důležitější je zůstat soustředěný a koncentrovaný. Všechny typy jógy nám mohou pomoci naučit se žít v přítomném okamžiku. V čem se jednotlivé typy liší, jsou například tempo, intenzita nebo míra duchovnosti.

Nešpor (1998) uvádí, že jóga se někdy překládá jako sjednocení člověka s jeho nejhlubší podstatou. Jóga byla po tisíciletí určena spíše úzkému okruhu zájemců, využívání jógy pro široké vrstvy obyvatel všech věkových skupin je poměrně novou záležitostí.

Jóga vychází z východního, holistického pohledu na svět, lidský organismus chápe celek skládající se ze tří samostatných a vzájemně propojených stránek – tělesné, duševní a duchovní. Příčina každé nemoci i stárnutí pochází podle jógy ze znečištění organismu: na úrovni těla (potravou, vzduchem, odpadem) i psychiky (nevhodnými postoji, negativní myšlenkami a představami). Znečištění se projevuje zmenšením průchodnost, resp. zneprůchodněním nádjí – kanálů nebo drah v těle. Podstata léčby spočívá v obnovení průchodnosti těchto drah. Prostředky k tomu jsou polohové tělesné cvičení, regulace dýchání, úprava výživy a životosprávy, zvláštní techniky na pročištění tělesných dutin, otužování, použití zvukových vibrací atd. Na psychické úrovni se zdůrazňuje přijetí etických kritérií a nastolení vnitřního klidu cestou relaxace, koncentrace, meditace, prohloubení sebepoznání a sebevýchovy (Drotárová, Drotárová, 2003).

Jóga pracuje s technikami, které jsou používány také v psychoterapii. Jedná se například o cvičení regulace dechu, hlubokou relaxaci či meditaci.

Pokročilejší stupně mentálních technik by měly být praktikovány pod odborným vedením. Samostatně se člověk může pokusit o základní relaxaci, fyzické cviky a dýchání, ale i v těchto případech, pocítí-li nějaké problémy, měl by vyhledat odbornou konzultaci. Umírněné a správné cvičení jógy je vhodné téměř pro každého, zvláště je lze doporučit při obtížích s vysokým krevním tlakem, také lidem se zdravotními problémy pohybové soustavy mohou cvičení výrazně pomoci. Provádění mentálních technik se naopak nedoporučuje

osobám psychicky labilním, lidem trpícím depresivními stavy a psychotických pacientům (Drotárová, Drotárová, 2003).

Yoshihara et al. (2011) ve své studii zkoumali rozdíl mezi ženami praktikujícími více než dva roky jógu a ženami, které jógu nikdy neproaktikovaly. Autoři k tomuto účelu použili dotazník Profile of Mood States (POMS). Zjistili, že ženy, které pravidelně cvičí jógu, jsou méně unavené, ale například i méně úzkostné a napjaté.

Ross a Thomas (2010) porovnávali vliv cvičení a jógy na fyzické i duševní zdraví. Z výsledků jejich studie vyplynulo, že jak u zdravých, tak u nemocných může mít jóga stejné nebo ještě lepší účinky než jiná fyzická cvičení.

Rizzolo et al. (2009) zkoumali účinky jógy na zmírňování stresu u vysokoškolských studentů. Výsledky této studie ukázaly, že půlhodinové cvičení jógy výrazně zmírnilo akutní stres. Autoři považují za významné zjištění skutečnost, že stres byl u probandů zmírněn během relativně krátké doby a může tedy jít o poměrně účinnou a metodu v případě zmírnění akutního stresu.

1.7.1.2 Progresivní relaxace

Další z metod, o kterých bychom se ve své práci chtěli zmínit, se nazývá Jacobsonova progresivní relaxace. Tento relaxační trénink, který vyvinul americký psycholog Edmund Jacobson, je založen především na svalovém tréninku. Systematickým napínáním a uvolňováním vybraných svalů lze odstranit svalové přepětí. Příjemné tělesné pocity, které při tom vznikají, přispívají také k psychické relaxaci. Na rozdíl od autogenního tréninku, při němž se uvolnění vyvolává autoinstrukcí a pohroužením do vlastního těla, je při Jacobsonově metodě rozhodujícím faktorem aktivita, totiž napětí svalů, což později vede k hlubokému uvolnění. Stejně jako při autogenním tréninku se uvolnění pociťuje jako tíže, teplo, brnění, klid nebo ospalost (Pohler, 1995).

V učebním procesu je důležité uvědomění si kontrastu mezi předcházejícím napětím a eliminováním napětí. Tato procedura identifikace místního napětí a jeho relaxace – uvolnění

a uvědomění si kontrastu mezi napětím a následujícím uvolněním, je poté aplikována na všechny velké svalové skupiny. V progresivní relaxaci se člověk takto učí kontrolovat celé kosterní svalstvo, aby každá svalová skupina podle výběru mohla být systematicky uvolněná nebo napjatá (Drotárová, Drotárová, 2003).

V progresivní relaxaci lze rozlišovat jednotlivé cviky, jež lze provádět každý samostatně nebo společně jeden po druhém. Pohler (1995) uvádí v progresivní relaxaci následující dělení cviků:

- uvolnění rukou a paží
- uvolnění obličeje
- uvolnění šíje, ramen a horní části zad
- uvolnění hrudi, břicha a zad
- uvolnění beder, stehů a lýtek
- uvolnění celého těla

Nácvik relaxace vleže má být prováděn v tiché místnosti a cvičící nemá být pokud možno vyrušován. Základní poloha při cvičení je vleže na zádech, ruce podél těla dlaněmi dolů, nohy mírně od sebe (Míček, 1976).

Jacobsonův trénink je také často používanou relaxační metodou v klinické praxi. Lze jej doporučit pro prevenci a součást terapie nemocí způsobených stresem. Princip ovládnutí duševního napětí „přes svaly“ může být efektivní zejména u lidí s racionálním zaměřením, s velkou potřebou sebekontroly, a také pro jedince, kteří špatně snášejí fyzický kontakt s cizími lidmi. Tato metoda naopak nepřináší dostatečné výsledky u lidí netrpělivých, málo motivovaných k pravidelné práci na sobě, zejména jsou-li praktické výsledky využití metody zpočátku málo patrné. (Drotárová, Drotárová, 2003).

Ghoncheh a Smith (2004) sledovali psychologické důsledky nácviku progresivní relaxace. Účastníci této studie po dobu pěti týdnů jedenkrát týdně praktikovali progresivní relaxaci a před a po každé relaxaci vyplnili inventář Smith Relaxation States Inventory. Autoři studie zjistili, že probandi po čtvrtém týdnu relaxací skórovali výše na škále fyzické relaxace a uvolnění a po pátém týdnu dosahovali vyšších hodnot na škále mentálního zklidnění.

1.7.1.3 Autogenní trénink

Autogenní trénink je jednou z nejrozšířenějších relaxačních metod současnosti. Tuto metodu lze uplatnit v oblasti zvládání a odbourávání následků stresu, je tedy vhodný i pro pracovníky linky důvěry, neboť se se stresovými a náročnými situacemi v práci každodenně setkávají.

Autorem metody je německý lékař, psychiatr a neurolog, Johannes Heinrich Schultz. Autogenní trénink vychází především z hypnózy, dalšími inspiračními zdroji se stala jóga a Jacobsonova progresivní relaxace. (Pohler, 1995).

Autogenní trénink je psychofyzilogickou autoregulační metodou, která umožňuje člověku řídit (regulovat) psychické i fyzické funkce, jež jsou nepřístupné přímému ovlivňování naší vůlí (Drotárová, Drotárová, 2003).

V autogenním tréninku rozlišujeme nižší a vyšší stupeň. K dosažení relaxace postačí ovládnout cviky nižšího stupně. Na vyšším stupni jde o nácvik hlubší vnímavosti. Nižší stupeň sestává ze šesti následujících cviků (Pohler, 1995):

- nácvik tíže (uvolnění svalů)
- nácvik tepla (uvolnění cév)
- regulace srdce (nácvik srdce)
- úprava dechu („jsem dýchán“)
- regulace břišních orgánů („sluneční pletivo“)
- úprava oblasti hlavy (cviky čela)

. Na délku trvání není mezi odborníky jednotný názor. Schultz doporučoval při sukcesivním způsobu 0,5-1 minutu, jindy 7 minut, většina autorů doporučuje 3-5 minut. Délka cvičení závisí na použitém tréninkovém textu a na počtu opakování základních sugescí. Důležité jsou také individuální rozdíly: vnímavost vůči relaxačním metodám a míra sugestibility, aktuální fyzická i psychická kondice, vnější podmínky, postoj k autogennímu tréninku a podobně. Důležitým kritériem je cíl cvičení a vlastní zážitek. Tělesná pozice

zaujímaná při autogenním tréninku by měla být pohodlná a dobře vyvážená tak, aby se svaly nemusely vůbec napínat, nebo jen minimálně. Doporučuje se zejména poloha vleže a vsedě v křesle s opěrkou (Drotárová, Drotárová, 2003).

Kanji et al. (2006) zkoumali vliv autogenního tréninku na snižování úzkosti u studentů zdravotních škol. Studenti po dobu osmi týdnů absolvovali jedenkrát týdně sezení s autogenním tréninkem. Po skončení studie se ukázalo, že u studentů, kteří pravidelně praktikovali autogenní trénink, došlo ke statisticky významnému snížení úzkosti a bezprostředně po cvičení autogenního tréninku také ke snížení krevního tlaku i pulsu oproti kontrolní skupině.

Yurdakul et al. (2009) také zkoumali vnímaný vliv autogenního tréninku na snižování úzkosti, tentokrát u žen. Podle osobních výpovědí dvanácti probandek, které se výzkumu účastnily, jim cvičení autogenního tréninku pomáhalo k celkovém zklidnění mysli, jasnějšímu přemýšlení o problémech a získávání nových úhlů pohledu.

Ruysschaert (2009) se ve svém článku kromě autogenního tréninku zaměřuje také na sebe-hypnózu jako na možnost prevence únavy a vyhoření u pomáhajících pracovníků. Autor doporučuje pravidelnou sebe-hypnózu pracovníkům v pomáhajících profesích jako dočasné „odstřihnutí se” od okolního světa a zaměření se na své nitro, na svůj vnitřní svět. Autor článku doporučuje představit si myšlenky jako mraky, které přicházejí a zase odcházejí. K prohloubení sebehypnózy může také posloužit představa schodiště, po kterém stoupáme a po výstupu na každý schod za sebou zatahujeme oponu, která nás osvobozuje od rušivých myšlenek.

1.8 Sociální opora

Pokud zůstáváme se svým stresem sami a nemáme naše pocity s kým sdílet, může tato skutečnost vést až k syndromu vyhoření. Je velmi důležité, aby měl člověk ve svém okolí někoho, komu se může se svými starostmi svěřit, kdo jej podpoří, na koho se může v případě potřeby obrátit.

Termín sociální opora (anglicky „social support“) se vztahuje k síle, kterou člověku, bojujícímu se stresem, dává společenství lidí jemu blízkých. Jde zde v první řadě o tzv. primární sociální skupinu. Tou se v sociální psychologii rozumí rodina – manžel, manželka, společenství rodičů a dětí i tzv. širší rodiny. Blízko k tomu má i společenství spolupracovníků. Patří sem však i podpora tzv. signifikantních, pro daného člověka důležitých lidí. Jde o lidi, kteří jsou ochotni jej podržet, když klesá pod tíhou těžké životní situace (Křivohlavý, 1994).

Sociální opora podle Kebzy a Šolcové (1999) byla jedním z prvních faktorů, jež byly identifikovány jako faktory, moderující vliv nepříznivých životních událostí na psychickou pohodu a zdraví člověka. Protektivní vliv tohoto faktoru konstatuje podle autorů většina dosud publikovaných studií; úplná shoda však dosud není ani v pojetí struktury sociální opory, ani v pochopení podstaty jejího účinku.

O sociální opoře můžeme hovořit tam, kde se jedná o podpůrný vztah lidí, kteří jsou člověku náročné životní situaci nejbližší. Sociální opora má však i své širší pojetí.

Křivohlavý (2003) rozlišuje tři úrovně a také několik druhů sociální opory:

- makroúroveň sociální opory – v tomto pojetí jde o celospolečenskou formu pomoci potřebným, příkladem může být existence tzv. sociální podpory, tj. sociální a ekonomické pomoci potřebným, v celostátním měřítku nebo pomoc přes hranice státu lidem v oblasti postižené zemětřesením, záplavami či neúrodou
- mezoúroveň sociální opory – o sociální oporu se jedná i tam, kde se určitá sociální skupina lidí snaží pomoci jednomu ze svých členů, příkladem může být pomoc náboženského sdružení starým a chronicky nemocným lidem
- mikroúroveň sociální opory – jde o pomoc a oporu, kterou danému člověku poskytuje osoba, jež je mu nejbližší, například pomoc matky dítěti nebo pomoc jednoho manžela druhému

- instrumentální opora – jde o velice konkrétní formu pomoci například poskytnutím finanční výpomoci, zařízením neodkladných záležitostí, poskytnutím materiální podpory apod.
- informační opora – postiženému jedinci je dodána informace, která by mu mohla být nápomocna při orientaci v situaci, do níž se dostal; do této kategorie patří pomoc poskytovaná člověku v tísní tím, že je mu nasloucháno, zjišťují se jeho potřeby i představy o tom, co by bylo možné pro něho udělat
- hodnotící opora – postiženému člověku je dáván najevo respekt a pozitivní hodnocení, je posilováno jeho kladné sebehodnocení a sebevědomí, je podporována jeho snaha o autoregulaci (řízení věci podle vlastního přání), je povzbuzován ve víře a naději
- emocionální opora – člověku v tísní je emfatickou formou sdělována emocionální blízkost, laskavým jednáním s ním je mu naznačována náklonnost a porozumění, je mu dodávána naděje a je uklidňován v rozrušení

Sociální opora je účinným nástrojem redukce stresu, nicméně sama se může stát stresovým činitelem, a to jak pro poskytovatele takové pomoci, tak pro příjemce. Pro příjemce může být stresující nadměrná nebo nevhodná forma pomoci. Velice stresující může být i poskytování sociální opory, zejména z dlouhodobějšího hlediska. Poskytovatel může být vyčerpán podstatnějším zásahem do svého soukromí, přílišná emoční angažovanost může nejenom u profesionálních pracovníků vést k syndromu vyhoření (Drotárová, Drotárová, 2003).

Sociální opora má podle Kebzy a Šolcové (2003) hlavní zdroje v rodině, v zaměstnání (od spolupracovníků), mimo práci u přátel a dobrých známých, v rámci trávení volného času, realizace zájmů, koníčků atd. Nedostatek opory koreluje pozitivně s burnout syndromem. Zdá se, že největší význam má v této souvislosti opora poskytovaná stejně postavenými spolupracovníky (peer-support).

Omdahl a Fritz (1991) zkoumali souvislost mezi vztahy na pracovišti a vyhořením pracovníků. Zjistili silnou korelaci mezi negativně vnímanými pracovními vztahy a vyhořením. Řešení problému a přeznačkování byly v tomto případě neuspokojivých vztahů na pracovišti jediné copingové strategie, u kterých byla zjištěna negativní korelace se všemi třemi stádii vyhoření

Berkman a Breslow (1983) se zmiňují o tom, že lidé s bohatými sociálními vazbami se dožívají vyššího věku a jejich fyzické a duševní zdraví je lepší, než u osob, kterým sociální vazby chybí.

Kaplan a Toshima (1990) ve svém výzkumu došli k závěru, že pokud je člověk dlouhodobě vysoce stresovaný a zároveň nemá dostatečnou sociální oporu, je pravděpodobnější než u jedinců s dostatečnou sociální oporou, že se u něj rozvine nemoc.

Na druhou stranu Thoits (1995) upozorňuje na skutečnost, že odvrácenou stranou rozvinutých sociálních vazeb může být větší riziko potíží v interpersonálních vztazích a osobních ztrát.

1.9 Syndrom vyhoření

Syndromem vyhoření (neboli burnout syndromem) jsou ohroženi všichni pracovníci linek důvěry. Náročnost některých kontaktů, každodenní setkávání se s lidským neštěstím, bezmocí, odevzdaností, nedostatečná zpětná vazba ze strany klientů, neukončenost, vlastní emoční angažovanost. To vše může přispívat k syndromu vyhoření. Uvádí se, že v oblasti telefonické krizové intervence vydrží člověk v průměru pracovat dva roky. Jak tedy můžeme syndrom vyhoření včas rozpoznat? Jak se mu účinně bránit? Jak s ním bojovat? Jak jeho vzniku předcházet? Především jeho prevenci se věnuje tato diplomová práce. Je tedy na místě tento „fenomén“ alespoň ve stručnosti představit.

1.9.1 Definice syndromu vyhoření

Burnout je odborný termín, který se objevil v psychologii a psychoterapii v sedmdesátých letech minulého století. Poprvé ho použil Hendrich Freudenberg. Označil

jím jev, který byl dobře znám. Pojmenoval jej a mnoho dalších psychologů začalo tento jev soustavně studovat (Křivohlavý, 1998).

Freudenberger (1974) definoval syndrom vyhoření jako využití všech energetických zdrojů u lidí, kteří pracovali velmi intenzivně, zapáleně a nadšeně. Často se jedná o lidi dostávající se ve své profesi do častého kontaktu s lidmi a jejich pracovním posláním je pomoc lidem v náročných životních situacích. V důsledku toho se ale pak sami cítí zavaleni problémy.

Rush (2003) syndrom vyhoření definuje jako určitý druh stresu a emocionální únavy, frustrace, vyčerpání, k čemuž může docházet v důsledku toho, že sled událostí týkajících se práce, vztahu, životního stylu aj. nepřináší očekávané výsledky. Takový stav je typický pro velmi výkonné lidi, kteří se snaží být úspěšní a chtějí něčeho dosáhnout.

V průběhu téměř 30 let výzkumu tohoto problému se objevila ve světové literatuře řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření, jež se často v různých aspektech vzájemně liší. Kebza a Šolcová (1998) konstatují, že většina pojetí se shoduje alespoň v následujících bodech:

- jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání
- vyskytuje se zvláště u profesí obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“
- tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální
- klíčovou složkou syndromu vyhoření je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotrebení“ a často i celková únava
- všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu

Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Jako burnout („vyhoření“ či „vyhasnutí“) bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků (Kebza, Šolcová, 1998).

1.9.2 Skupiny ohrožené vyhořením

Podle Kopřivy (2006) je vyhoření spojováno s oblastmi, kde se uplatňují pomáhající profese, tedy pečovatelky, psychologové, zdravotní sestry, sociální pracovníce a další, kdy je vedle odborných znalostí hlavním profesním nástrojem utváření a udržování vztahu dvou a více lidí, např. lékař – pacient, terapeut – klient.

Nejnadšenější lidé upadají do nejtěžších forem vyhoření nejčastěji. Závažnost jejich fyzického i psychického stavu je do určité míry ukazatelem jejich nadšení. (Křivohlavý, 1998). Také podle Pines a Aronsona (1988) postihuje vyhoření ty, kteří jsou velmi motivováni. Od své práce očekávají, že jim dá smysl života. Když se pak objeví příznaky vyhoření, uvědomí si, že selhali a jejich snaha je marná. Pociťují nedostatek energie k dokončování nedotažených záležitostí.

Podle Rushe (2003) jsou syndromem vyhoření více ohroženi ti, kteří mají tyto osobnostní charakteristiky - pevná vůle, perfekcionismus, cílevědomost, ochota riskovat, soutěživost, soběstačnost, potřeba mít vše pod kontrolou, opovrhování selháním svým i druhých nebo pozitivní přístup k úkolům.

1.9.3 Výzkumy v oblasti syndromu vyhoření

Dle Pohlové et al. (2011) je nespokojenost vždy odrazovým můstkem pro změnu. Pokud pracovník zvolí aktivní přístup, kdy se rozhodne uskutečnit změnu sám, lze tuto fázi nazvat **vlastní intervencí** – další vzdělávání, snaha o povýšení, dává přednost týmové práci, přechod na jiné pracoviště v rámci organizace, změna pracovního zařazení apod. Pokud se pracovník o žádnou změnu nepokusí nebo se žádná změna nezdaří, začne podle autorek nastupovat fáze, na jejímž konci hrozí rozvinutý syndrom vyhoření a již nazývají **apatií** – práce je zdrojem obživy, ale ne uspokojení, vyhýbání se novým úkolům i klientům, později minimalizme kontaktů i se spolupracovníky, snaha udržet si pracovní místo, ale moc se nenamáhat, o změně mluví, ale už jí není schopen apod. Posledním stupněm je pak

syndrom vyhoření – dosaženo stádia úplného vyčerpání, ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem.

Na vznik syndromu vyhoření má dle Salamiho (2010) vliv pracovní stres, sociální opora i osobnost jedince. Podle jeho výzkumu, prováděného na vysokoškolských učitelích, jsou stres v práci, osobnost jedince i nedostatečná sociální opora prediktory emocionálního vyčerpání, depersonalizace a snížené osobní výkonnosti. Autor studie se také zaměřil na to, jak proti syndromu vyhoření u lektorů bojovat. Zjistil, že vzdělávání v oblasti lektorských dovedností, sociální síť a ocenění jejich osobnostních rysů může mít pozitivní účinky v boji proti syndromu vyhoření.

Pohlová et al. (2011) se ve své studii zaměřily na vyhoření u zdravotních sester. Výsledky jejich výzkumu potvrdily statisticky významný vztah ($p < 0,001$) mezi emocionálním vyčerpáním sester a jejich subjektivním pocitem z práce. U sester, které samy udávaly, že je jejich práce velmi stresující, byl v 81 % potvrzen syndrom vyhoření. Z výzkumu vyplynulo, že věk, rodinné zázemí, délka praxe a stupeň vzdělání nemá vliv na výskyt syndromu vyhoření u sester.

Havrdová et al. (2010) se zaměřily na kulturu organizace a syndrom vyhoření. Jejich studie měla dva cíle, a to (1) pořídit českou verzi dotazníků AWLS (Areas of Worklife Survey) a MBI - GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) a ověřit je v českých podmínkách; (2) aplikovat postup, který postihuje vnímání pracovní výkonnosti jedince a současně eventuelní zdroje jeho zklamání a nevykonnosti na úrovni kultury organizace na oblast sociální práce a zdravotní péče. Autorky zejména zajímala event. neshoda či rozpor mezi hodnotami jedince a hodnotami, které jsou zavedeny v jeho organizaci. Pokud jde o dotazníky, jejich psychometrické vlastnosti se výrazně neodlišují od těch, které byly popsány u originálních verzí či u dostupných překladů. Jako výzkumné nástroje se dotazníky osvědčily. Porovnání různě tříděných skupin v souboru přineslo některé zajímavé výsledky, zejména pokud jde o srovnání vnímané kultury organizace v šesti pracovních oblastech, a to v sektoru sociálních služeb a zdravotnictví. Výsledky ukázaly, že v souboru 160 probandů by bylo možné na základě dotazníkových výsledků hovořit o syndromu vyhoření u dvou osob. Jednu či více kritických hodnot překročily výsledky 31 osob. Pracovníci v sociálních službách se oproti pracovníkům ve zdravotnictví cítili vytíženější, ale též oceňovanější. Probandi hodnotili také spravedlnost a hodnoty své organizace. Získané výsledky se zdají potvrzovat

teorii, z níž instrumenty vzešly, podle autorek je však třeba je ověřit v dalších výzkumech.

Kebza a Šolcová (2010) se ve své studii rozhodli ověřit na souboru ekonomicky aktivních českých mužů a žen potenciální souvislosti mezi syndromem vyhoření, vybranými psychosociálními charakteristikami a hlavními známými riziky kardiovaskulárních chorob. Součástí projektu byla intervence směřující ke snížení výskytu rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění a syndromu vyhoření. Dalším cílem projektu byla snaha zhodnotit vliv edukace probandů na snížení rizik kardiovaskulárních onemocnění (i syndromu vyhoření), jak již bylo dříve, pokud jde o rizika kardiovaskulárních onemocnění, prokázáno. Soubor probandů (78 osob, 64 žen, 14 mužů) byl získán oslovením českých i zahraničních firem, podniků a institucí. Pokud jde o změny biochemických proměnných v důsledku intervence, snížení celkového cholesterolu lze pokládat za velmi příznivý nález. Změny psychologických proměnných lze rovněž pokládat za příznivé: došlo ke snížení řady rizikových charakteristik a ke zvýšení úrovně vnímané sociální opory, která je protektivním faktorem.

Jansson-Fröjmark a Lindblom (2010) zjišťovali vztah mezi vyhořením a nespavostí. Výsledky jejich studie neprokázaly významný vztah mezi nespavostí a syndromem vyhoření, avšak poukázaly na to, že nespavost zvyšuje riziko emocionálního vyčerpání

O'Mahony (2011) zkoumala vztah mezi vyhořením u zdravotních sester a pracovním prostředím. Zjistila, že 52% irských sester ze zkoumaného vzorku, které pracují na pohotovosti, prožívaly vysoký stupeň emočního vyčerpání a depersonalizace. Tyto prožitky byly dle autorky úzce spojeny s pracovním prostředím, ve kterém se sestry pohybovaly. Autorka studie pro prevenci vyhoření doporučuje zlepšování pracovních podmínek prostředí a také vzdělávání.

Bui et al. (2011) sledovali ve své studii faktory, které vedou k syndromu vyhoření u lékařů. Autoři výzkumu zjistili, že mezi mnoha faktory byl tím statisticky nejvýznamnějším faktor pracovních požadavků. Také stupeň stresu a konfliktů byl s vyhořením podle výsledků výzkumu silně spojen.

Wallace et al. (2010) zkoumali, jakou roli hrají copingové strategie ve zmírňování stupňů syndromu vyhoření u pomáhajících pracovníků. Autoři studie zdůrazňují význam porozumění copingovým strategiím, které mohou zmírnit vyhoření a pomoci bojovat proti stresu, kterému jsou pracovníci každodenně vystaveni. Autoři dále zdůrazňují nespornou úlohu supervize v boji proti vyhoření u pomáhajících pracovníků.

Zemánková (2006) zkoumala syndrom vyhoření u dobrovolníků na linkách důvěry. Zjistila, že nejvíce ohroženi syndromem vyhoření jsou ti respondenti, u kterých se pojí vysoká míra pracovního stresu, absence fungujícího týmu a supervize s osobnostními charakteristikami, díky nimž zátěž špatně zvládají.

1.9.4 Diagnostika syndromu vyhoření

Identifikace syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se burnout syndrom začíná projevovat, jednak z prožitku těchto příznaků u postižených osob, jenž lze lépe identifikovat, pokud člověk o charakteristice tohoto syndromu již něco ví, a konečně ze speciálních psychologických metod, jež byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány. Nejužívanějšími metodami jsou dotazníky, založené na posuzovacích škálách: jde např. o „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Maslachové a S. Jacksonové, a o „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsena a D. Kafryho (Kebza, Šolcová, 1998).

První metody, sloužící k diagnostice vyhoření, vznikaly podle Kebzy a Šolcové (1998) na přelomu 70. a 80. let. A. Pinesová, další z výrazných a vůdčích postav výzkumu vyhoření, vytvořila počátkem 80. let nejprve „The Tedium Scale“. Další podobnou metodou byl dotazník „The Staff Burnout Scale for Health Professionals“ který sloužil ke zjišťování úrovně vyhoření u zdravotnických pracovníků.

Poté publikovala Pines et al. (1981) přepracovanou verzi dotazníku pod názvem „Burnout Measure“. Tato metoda je v literatuře poměrně hojně citována. Pravděpodobně se jedná o druhou nejčastěji užívanou metodu k diagnostice vyhoření. Dotazník se skládá z 21 položek, posuzovaných na sedmibodové posuzovací škále a zjišťuje tři hlavní složky vyhaslosti: pocity tělesného vyčerpání, emočního vyčerpání a duševního vyčerpání.

Ve stejném roce publikovala kalifornská psycholožka Christine Maslachová se spolupracovnicí Susan Jacksonovou další dotazník k měření úrovně vyhoření, který se stal postupně vůbec nejužívanější metodou tohoto typu. Jde o „Maslach Burnout Inventory“ (MBI), obsahující v první verzi 22 položek a tři subškály: emoční exhausce (vyčerpání), depersonalizace a personal accomplishment (snížená osobní výkonnost). Všechny položky

jsou posuzovány ve dvou dimenzích, a to na dvou škálách: 1) z hlediska frekvence výskytu posuzovaných prožitků (na šestibodové posuzovací škále), 2) z hlediska jejich intenzity (na sedmibodové posuzovací škále). Přes poněkud obtížněji využitelné skóre (výsledkem není jedna hodnota) umožňuje tato verze dotazníku velmi cenný pohled jak na intenzitu prožitku jednotlivých složek vyhaslosti, tak na frekvenci jejich výskytu (Kebza, Šolcová 1998).

Po dalších deseti letech byla publikována podle Kebzy a Šolcové (1998) další verze tohoto dotazníku, v níž došlo k zásadnějším změnám. Metoda byla přejmenována na „Maslach Burnout Inventory - General Survey“ (MBI – GS) a hlavní obsahovou změnou byla snaha zachytit z hlediska novějšího pohledu na příčiny vyhoření nejen profesionální práci s lidmi, ale i příležitostný kontakt s nimi, a to i mimo rámec dříve definovaných zaměstnaneckých kategorií (viz výše). Byly tak vytvořeny tři nové subškály: vyčerpání („exhaustion“), cynismus („cynicism“), profesionální výkonnost a uplatnění („professional efficacy“). Cynismus je chápán jako „dysfunkční coping“, mající pozitivní korelace s exhauscí a negativní s profesionálním uplatněním. Za necelé dva roky užívání se až dosud shromážděné zkušenosti s touto verzí metody vesměs shodují v ocenění vhodnosti zařazení nových subškál, reflektujících vývoj názoru na podstatu vyhoření.

Tento vývoj v oblasti diagnostiky vyhoření ovlivnil tvorbu dalších metod, za zmínku stojí např. „Staff Burnout Scale for Health Professional“, „The Meier Burnout Assessment“, „Teacher Burnout Scale“, „Teacher Stress Reactions“ a další. V Německu byla pro potřeby zjišťování úrovně vyhoření u učitelů vyvinuta metoda s názvem Heidelberger Burnout Test (BOT). Tento inventář je složen z dvaceti popisů oblastí života zahrnujících pracovní situace učitelů a zaměstnanců škol (vztahy ke kolegům, pedagogické plány a představy aj.), ale také mimopracovní životní situace, kam spadají např. zájmy a koníčky. (Vlachovská, 2011)

K vývoji metod v této oblasti přispěli podle Kebzy a Šolcové (1998) izraelští psychologové a lékaři, působící ve výzkumu důsledků stresu a vztahu mezi zdravím a nemocí. S. Melamed, T. Kushnir (Raanana) a A. Shirom (Tel Aviv University) představili v roce 1992 metodu s pracovním názvem BoTeLis, zahrnující celkem 16 položek a obsahující tři subškály: burnout (Bo), tenze („tension“, Te) a netečnost („listlessness“, Lis).

Tyto speciální metody je vhodné podle potřeby, zvl. v případě nejasnosti či neurčitosti výsledku, doplnit některými dalšími psychologickými metodami; samozřejmý by měl být rozhovor, anamnestický dotazník, pozorování či metody, sloužící k základní orientaci v osobnosti, vhodným pomocným a doplňujícím diagnostickým prostředkem jsou též

projektivní metody - s úspěchem se používá např. Lüscheruv barvový test (Kebza, Šolcová, 1998).

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) je metoda založená na podobném principu jako MBI-GS, ale tvoří ji pouze dvě škály. První je škála vyčerpání (exhaustion) a druhá zlhostejnění či neangažovanost (disengagement) (Vlachovská, 2011).

Další z novějších metod je Copenhagen Burnout Inventory (CBI), který se soustřeďuje především na vyčerpání (exhaustion) jako klíčovou rozvojovou komponentu syndromu vyhoření a vyřazuje z pojetí syndromu vyhoření ve srovnání s MBI depersonalizaci a nízkou pracovní výkonností (Kristensen et al., 2005). Autoři rozlišují pracovní vyhoření, osobní vyhoření a vyhoření ve směru ke klientům (client burnout) (Kebza, Šolcová, 2008).

Diagnostických metod týkajících se syndromu vyhoření je celá řada a jejich komplexní přehled a bližší představení by vydalo na samostatnou diplomovou práci. Já jsem zde zmínila alespoň ty nejznámější a blíže se budu zabývat pouze CBI v empirické části, neboť jsem si tento dotazník zvolila ke svému výzkumu.

1.9.5 Prevence syndromu vyhoření

Burnout může být na jedné straně mimořádně bolestivým a tíživým zážitkem. Na druhé straně však tam, kde se s ním moudře zachází, dá se burnout překonat. Může se dokonce stát prvním krokem ke zlepšení povědomí o tom, kým jsme. Může být předchůdcem důležitých životních změn, našeho osobního růstu a vývoje naší osobnosti (Křivohlavý, 1998).

Kebza a Šolcová (2003) ve své publikaci představují tyto protektivní faktory ve vztahu k syndromu vyhoření:

- chování typu B – dostatečná asertivita
- schopnost a dovednosti relaxovat
- vhodný time-management (umění nedostat se pod časový tlak)

- pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce
- odolnost („resilience“) ve smyslu hardiness či smyslu pro koherenci (sense of coherence)
- personal competence, pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace
- ego-kompetence
- self-efficacy, víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění
- percipovaná kontrola („perceived control“)
- interní lokalizace kontroly
- dispoziční optimismus
- „flow“ – příjemný tok, či proud zážitků, dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc
- „social support“, sociální opora, v případě burnout syndromu se jako nejefektivnější jeví opora ze strany spolupracovníků stejného postavení („peer-support“)
- pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení
- pocit osobní pohody („well-being“)

Za neutrální faktory z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření považují Kebza a Šolcová (2003) inteligenci a hlavní demografické charakteristiky jako jsou věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru atd. Názory se podle nich však poněkud liší, pokud jde o délku práce na úrovni jedné pozice: někteří autoři ji považují za irelevantní, jiní naopak za podstatnou z hlediska rozvoje syndromu vyhoření. Zdá se, že tuto rozdílnost pohledů vyvolaly okolnosti, jež v obou skupinách šetření nebyly dostatečně kontrolovány (např. podrobnější charakteristiky sledovaných profesních skupin, socioekonomický status atd.).

Bartošíková (2006) hovoří o několika fázích, které syndromu vyhoření předcházejí:

- nadšení – ideály, zaujetí, přetěžování se, práce člověka baví, je ochoten jí věnovat spoustu energie, někdy se přecení, často rozumí lépe klientům než spolupracovníkům
- vystřízlivění – ideály se nedaří realizovat, nadšení vyhasíná, pracovník poznává, že se některá témata opakují, klienty vidí tak, že se někdy málo snaží, zneužívají péči apod.
- frustrace – nespokojenost, pracovník vnímá klienta negativně, dle svých zkušeností se kriticky vyjadřuje k věcem, sterými nesouhlasí, někdy se pokouší o změnu, klade si otázky po smyslu práce i života, není ochoten pracovat navíc apod.

Nyní již k zásadám samotné prevence vyhoření. Je důležité si vytvářet od klientů jistý odstup. Protože je vysoce důležité nepotlačovat své pocity, ale mluvit o nich, vyjadřovat je, je potřeba vytvořit vhodné prostředí (může to být porada, při které jsou probírány obtížnější případy pracoviště, Bálintovské skupiny, supervize apod.). Lze však také zajít za kolegou a probrat s ním své pocity. V rámci pracovního dne je dobré zařazovat přestávky a využít je k regeneraci sil tělesným cvičením, procházkou, relaxací či meditací. Důležité je také důsledné oddělování pracovního života od osobního (Kebza, Šolcová, 1998).

Mezi konkrétní praktická jednoduchá opatření pro prevenci vyhoření podle Jeklové a Reitmayerové (2006) můžeme zařadit rovněž:

- snížit příliš vysoké nároky na sebe,
- naučit se říkat NE,
- předcházet komunikačním problémům,
- vyjadřovat otevřeně své pocity,
- hledat věcnou podporu,
- doplňovat energii,
- vyhledávat konkrétní ohraničené výzvy,
- zajímat se o své zdraví,
- nepropadat syndromu pomocníka,
- stanovit si priority,

- plánovat,
- hledat emocionální podporu,
- vyvarovat se negativního myšlení,
- v kritických okamžicích zachovat rozvahu,
- využívat nabídek pomoci,
- dělat přestávky

Také Šolcová (1995) uvádí 7 zásad důležitých pro prevenci vyhoření:

- Vytvořme si pořadí důležitosti. Stanovíme-li si, co je pro nás nejdůležitější, máme možnost vidět doléhající nároky v perspektivě. Potom napětí, vyplývající ze záležitostí, které jsme si definovali jako méně důležité, vychází jako zbytečné plýtvání energií.
- Vyhněme se stresu. Předpokladem pro zvládnutí této strategie, která se možná na první pohled zdá jako nesmyslná, je udělat si „inventuru“ opakujících se denních nepříjemností a nalezení způsobů, jak se jim vyhnout (např. snáším-li obtížně přeplněný dopravní prostředek, čelím tomu tak, že vyrazím dříve).
- Naučme se „vypnout“. Znamená to trávit odpočinkově svůj volný čas. Jít na procházku, vyvenčit psa, vyrazit na výlet o víkendu, zvolit si vhodně dovolenou, věnovat se svým zájmům apod.
- Pohybujme se, cvičme! Pohyb je právě ta činnost, která okamžitě snižuje negativní účinky stresu. Pravidelná pohybová aktivita prokazatelně snižuje reaktivitu oběhové soustavy (zvýšení krevního tlaku a srdeční frekvence) na psychické stresory. To znamená, že šetří naše srdce.
- Pěstujme své vztahy s druhými lidmi, navazujme nová přátelství. Od přátel máme možnost získat nejen podporu, pocit solidarity a porozumění, ale také zpětnou vazbu, která je důležitá pro korekci našeho jednání a chování. Pokusíme-li se odstranit nevhodné způsoby jednání a chování, můžeme se vyhnout zbytečným konfliktům, které jsou také zdrojem stresu.

- Dbejme na správnou výživu. Harmonie organismu a soulad mezi správnou váhou a proporcemi má i pozitivní vliv na naše sebevědomí a sebevědomí lidé směřují k aktivnímu přístupu k životu.
- Naučme se relaxovat! Pravidelné provádění relaxačního cvičení vytváří pocit pohody a snižuje nepříjemné pocity.

Asner (1994) vidí jako důležité pro prevenci vyhoření tyto zásady:

- Plánujte. Snažte se eliminovat úkoly, které nejsou podstatné.
- Dopřejte si v průběhu dne malé přestávky.
- Nesnažte se dělat vše najednou. Naučte se říkat ne. Dovolte sám (sama) sobě dělat chyby.
- Dodržujte pravidla zdravé výživy.
- Nebojte se požádat o pomoc své blízké, přátele, kolegy.
- Cvičte. Chod'te plavat, na jógu, protahujte, používejte relaxační techniky.
- Naučte se přijímat věci, které nemůžete změnit.
- Dopřejte si čas na odpočinek.
- Pamatujte na smysl pro humor.
- Najděte si místo, které Vás uklidňuje a které je skutečně jen Vaším soukromým prostorem.
- Zkuste se vyhnout „nakupení“ většího množství životních změn.
- Nezapomínejte na své koníčky.

Fearon a Nicol (2011) pojednávají ve svém článku o strategiích, které zamezují vzniku syndromu vyhoření u zdravotních sester. Autoři nabízejí dvě strategie prevence – strategii založenou na pozitivních emocích a strategii zaměřenou na problém. První strategie nabízí sestrám reflexi jejich práce a supervizi, druhá strategie pracuje s technikami time-managementu, organizačními dovednostmi a vyhledáním pomoci, rady. Co však ani tyto strategie změnit nemohou, jsou organizační záležitosti týkající se zdravotnictví, díky kterým může být personál ohrožen vyhořením. Na druhou stranu mohou tyto strategie ale podle autorů článku pomoci zdravotním sestrám vyrovnávat se se stresem lépe díky možnosti konstruktivněji reagovat na své potřeby.

Potter (1997) pro prevenci syndromu vyhoření doporučuje identifikovat spouštěče stresu, snažit se jim vyhýbat nebo pokusit se cíleně měnit reakce na ně. Jako důležitý také vidí nácvik zvládání náročných životních situací, výběr vhodné práce či stanovení si vlastních priorit.

Längle (2003) hovoří o tom, že relaxace a trávení volného času hraje v oblasti prevence vyhoření důležitou roli. Také však upozorňuje na význam existenciálních postojů a situačních rozhodnutí. Autor navrhuje několik klíčových otázek, které bychom si měli preventivně pokládat a odpovídat si na ně:

- Proč dělám zrovna to, co dělám?
- Těším se z toho? Dělám to rád?
- Chci, aby takto vypadal můj život?
- Chci, aby moje minulost byla právě tímto tvořena?
- Chci žít svůj život tak, jak jej žiji?

Podle Ulrichové (2011) podstatná část prevence i léčby syndromu vyhoření znamená, že jedinec žije vlastní hodnoty, ve vztazích, v rodině, ale také v maličkostech. Člověk by se podle autorky, která ve svém článku o prevenci vyhoření vychází podobně jako Längle (2003) z logoterapie, měl pohybovat na motivačním pólu „Já chci a mohu jinak“. Člověk by si měl podle autorky procházet vlastní sebereflexí a ptát se sám sebe: Musím skutečně? A co bude dál, když toto neudělám? Co bude potom? A skutečně musím? V upřímných odpovědích často zaznívá, že ve skutečnosti toto člověk nemusí, že je to jen náhražka za něco, co si člověk sám o sobě vytvořil.

Prevencí a zároveň léčbou syndromu vyhoření je cesta k vnitřnímu pohybu. Pohybu, který jde nejprve k sobě a pak ke světu. (Längle, Sulz, 2007)

Maslach a Goldberg (1998) navrhuji jako prevenci vyhoření opačný postup, než bývá běžně používán. Autoři doporučují model založený na úplném opaku konceptu vyhoření – doporučují se na své povolání naopak více zaměřit a vytvořit si k němu bližší a kvalitnější vztah.

Homer (1985) tvrdí, že nejefektivnějším prvním krokem v boji proti tak komplexnímu problému, jakým je vyhoření, je pochopit jeho dynamický zdroj, jeho příčinu.

Vyhoření není podle autora způsobeno pouze stresujícím pracovním prostředím, ale – co je důležitější – individuální odpovědí jedince na toto prostředí. Skutečný vývoj může začít, pouze pokud jedinec pochopí svoji roli ve vytváření si vlastního problému a svoji schopnost osvojit si zdravější způsob chování.

Van Dierendorck et al. (2005) zkoumal vliv programu, založeného na psychosntéze, na prevenci syndromu vyhoření. Třicet osm probandů, pracujících převážně ve strojírenství, bylo zařazeno do desetidenního programu, který probíhal po dobu tří měsíců. Po dobu celého programu si probandi vedli deník a psali svoji autobiografii, která měla být zaměřena především na emoce. Obojí čistě pro svoji vlastní potřebu. Typický den tohoto programu začínal krátkou meditací, poté následovalo sezení zaměřené na reflexi dvou týdnů, které uplynuly od posledního setkání, poté následovala řízená imaginace na dané téma. Po zbytek dne si probandi povídali o průběhu imaginace v malých skupinách, ve velké skupině, nebo kreslili, co při imaginaci zažili. Výsledky studie ukázaly, že výše popsany preventivní program může být efektivním nástrojem pro zmírnění příznaků vyhoření a zvýšení pocitů štěstí, emocionální inteligence či zintenzivnění spirituálních pocitů.

Jak již bylo zmíněno, Zemánková (2006) zkoumala syndrom vyhoření a možnosti jeho prevence u dobrovolníků na linkách důvěry. Nejvýznamnějším protektivním faktorem u respondentů byla podle autorky sociální opora. Celkový životní styl jako souhrnná charakteristika ukázala na rezervy respondentů především v oblasti pravidelného spánku, dostatku pohybu, prevence zdravotních problémů, aktivnějších a pestřejších způsobů trávení volného času a rozvoje vztahů s blízkými lidmi.

Negativním důsledkům pracovního stresu je snazší předcházet, než je odstraňovat. Terapeutické a preventivní strategie, uplatňované vůči vyhoření, se opírají samozřejmě také o psychoterapeutické zdroje. Intervence na straně organizace může spočívat např. ve zvýšení participace pracovníků na rozhodování, vytvoření sociálně citlivého prostředí. Pozitivní faktorem ve spokojenosti se zaměstnáním je spokojenost s nadřízenými, spokojenost se spolupracovníky, spokojenost s postupem, spokojenost s finančním ohodnocením, jasný kariérní řád. Na straně jedince je potřeba zvládnout základní pravidla, jak si zachovat zdraví a nepodléhat stresu alespoň na úrovni znalostí, názorů a postojů k těmto otázkám. (Kebza, Šolcová, 1998)

2. Telefonická krizová intervence

V této kapitole se budeme zabývat telefonickou krizovou intervencí, jejími specifiky a úskalími. Také se zaměříme na pracovníky linek důvěry. Na to, s čím se ve své práci potýkají, jak mohou účinně předcházet syndromu vyhoření, jaké formy duševní hygieny by jim měly být poskytnuty ze strany organizace, ve které pracují.

2. 1 Definice krizové intervence

Vodáčková (2002) definuje krizovou intervenci jako odbornou metodu práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovně řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.

Krizová intervence znamená „zásah v krizi“. Pojem používáme v užším a širším slova smyslu. V užším znamená techniky a strategie při zacházení s člověkem, který zažívá úzkost a jiné přemáhající pocity ze situace, do níž se dostal. Jde o tahy, selektivně užívané při práci s lidmi, kteří nejsou nemocni, nýbrž se ocitnou v krizi. Cílem je, aby daný člověk získal znovu nad sebou vládu. Krizová intervence v širším slova smyslu představuje metodu – uspořádání a návaznost postupů, které si kladou za cíl vyřešení současné situace a obnovu člověkových sil v rozpětí od nejmenšího cíle k největšímu cíli (Brown et al., 1992).

2. 2 Srovnání krizové intervence tváří v tvář a telefonické krizové intervence

Jak jsme již zmínili na začátku kapitoly, telefonická krizová intervence má svá specifika. V mnoha ohledech se s krizovou intervencí tváří v tvář překrývá, ale v některých se liší. Vodáčková (2002) porovnává krizovou intervenci tváří v tvář a telefonickou krizovou intervenci v těchto kritériích:

- pohled na problém, hloubka pohledu - v telefonické krizové intervenci není nutné znát do detailů klientovu životní historii, stačí ty informace, které jsou pro daný kontakt důležité. O délce kontaktu, jeho navázání i ukončení rozhoduje klient.
- časové omezení – rozhovor na linkách důvěry nebývá omezen pevnými časovými hranicemi (výjimku však může tvořit např. chat nebo skype). Délka hovoru bývá podřízena potřebám volajícího. Asi 60% hovorů na LD trvá do 10 minut, ty nejdelší pak trvají cca 90 minut.
- přístup pracovníka z hlediska aktivity a požadavků na flexibilitu – v tomto ohledu se telefonická krizová intervence od krizové intervence tváří v tvář příliš neliší. Na linkách důvěry je specifické snad jen to, že se střídají poměrně těžké hovory například s hovory testovacími, a to někdy v rychlém sledu. Pracovník se musí umět během chvíle přeladit a kontakty kvalitně odvést.
- signály, které jsou k dispozici – pracovník linky důvěry má k dispozici pouze akustické signály. Musí tedy umět naslouchat, obratně zacházet se slovy, pomlkami, umět přesně pojmenovávat věci, které běžně pojmenovávat nemusí. Může se také stát, že si klient o pracovníkovi potřebuje utvořit bližší představu, protože jej nevidí. Někteří klienti se tedy v průběhu hovoru snaží překračovat hranice osobními otázkami, pracovník takovéto otázky musí umět obracet zpět na klienta a hlídat si vlastní hranice.

Služeb linek důvěry využívá různá klientela. Může se jednat o klienty, kteří nemohou sami dojít na ambulantní návštěvu, např. děti, senioři či nemocní. Dále o ty, kteří se

neodhodlali řešit své problémy tváří tvář s odborníkem, nebo kteří se bojí prozrazení jako devianti, pachatelé trestných činů apod. Linky slouží lidem v panice, v intoxikaci, při započatém sebevražedném pokusu a dalších situacích. Hovory se však vždy nemusí týkat pouze naléhavých a neodkladných případů (Knoppová et al., 1997)

2. 3 Pracovníci telefonické krizové intervence

Podle Eise (1993) by měl pracovník linky důvěry splňovat tyto předpoklady:

- profesionální předpoklady (odborné vzdělání, psychoterapeutický výcvik, supervize)
- osobnostní způsobilost (osobnostní výbava, lidská zralost, stabilizovaný rodinný život, smysluplné životní zázemí, touha vzdělávat se)
- osobní a osobnostní angažovanost pro každého

Nejčastěji se pracovníky linek důvěry stávají lidé z psychosociální oblasti nebo studenti těchto oborů. Na linkách důvěry mohou také pracovat pedagogové či zdravotníci. Důležitou podmínkou je absolvované alespoň vyšší odborné vzdělání a akreditovaný výcvik v telefonické krizové intervenci. Některé linky důvěry poskytují kromě telefonické krizové intervence také internetové poradenství (e-mail, chat, skype), podmínkou tedy bývá také absolvovaný výcvik v internetovém poradenství.

Každý pracovník linky důvěry si po čase vytváří svůj vlastní styl vedení telefonických hovorů s klientem podle svých dispozic, preferencí a dovedností. Podstatné podle však je, aby pracovník dokázal pracovat na svých „slepých místech“.

2. 4 Stresové situace, se kterými se mohou setkávat pracovníci telefonické krizové intervence

Pracovníci linek důvěry se při práci s klienty každodenně setkávají se specifickými úskalími telefonické krizové intervence. V jedné z předchozích podkapitol jsem již zmínila, že pracovník linky důvěry má na rozdíl od krizové intervence tvář v tvář nebo klasického poradenství k dispozici pouze akustické klíče. Chybí mu tedy důležité informace vyplývající z pozorování gestikulace, mimiky a dalších nonverbálních projevů klienta.

Pracovník telefonické krizové intervence se také zpravidla potýká s nedostatkem informací o klientovi a jeho situaci. Často pracuje pod časovým tlakem, někteří klienti jsou například omezeni kreditem mobilního telefonu nebo penězi a tlačí na pracovníka, aby jim dal zaručenou radu v co nejkratším čase.

Dalším zdrojem stresu je pro pracovníky linek důvěry možné přerušení kontaktu. Pracovník si pak může domýšlet nejrůznější důvody přerušení kontaktu. Zvláště obtížné je přerušení kontaktu například u sebevražedných klientů. Pokud pracovník nezjistil od klienta osobní údaje, nemůže mu přivolat potřebnou pomoc. Nezbyvá tedy, než čekat, zda klient znovu na linku důvěry zavolá.

Jednou z hlavních příčin syndromu vyhoření u pracovníků linek důvěry bývá nedostatečná zpětná vazba. Převážná většina kontaktů na lince důvěry je jednorázovou záležitostí. Pracovník linky důvěry již pak tedy nemá možnost získat informace o tom, zda klient využil nějaké doporučené návazné služby, zda pro něj byl hovor užitečný, zda se mu daří lépe apod. Jednoduše řečeno - chybí zpětná vazba o účinnosti intervence. U pracovníků linek důvěry může tato skutečnost vést k frustraci, a pokud nejsou tyto pocity ošetřeny, pak i k dřívějšímu vzniku syndromu vyhoření.

Specifikem telefonické krizové intervence je také náročnost tohoto druhu práce. Pracovník se denně setkává s obtížnými tématy a bolestí druhých. Zvláště pokud se nakupí náročná témata v jedné službě, může se stát, že pracovník pak odchází domů zahlcený vlastními pocity a otázkami, co ještě mohl pro klienta udělat. Také skutečnost, že pracovník

mnohdy slouží zcela sám a nemůže náročný kontakt s nikým okamžitě probrat, zvyšuje pravděpodobnost vyhoření. Pak už je na každém jednotlivém pracovišti, jak má takové situace ošetřené. Ale o tom více v další podkapitole.

2. 5 Prevence syndromu vyhoření u pracovníků linek důvěry

Pracoviště, která se zabývají krizovou intervencí, jsou vyhořením ohrožená ve zvýšené míře, a to zejména tehdy, když si toto nebezpečí zaměstnanci a zřizovatelé neuvědomují, nebo ho podceňují a bagatelizují. Často je to z nedostatečné znalosti specifika této služby. Adekvátní péče o pracovníky v pomáhající profesi se v našich podmínkách rozvíjí až v poslední době a není vždy lehké tyto modely prosadit. Je mnoho příčin, proč právě na krizovém pracovišti je třeba podporovat aspekt péče o sebe sama a hledat způsoby prevence vyhoření (Vodáčková, 2002).

Pracovník linky důvěry, jak již bylo zmíněno, se velmi často setkává se silnými emocemi klientů, s utrpením, se smrtí, sebevražednou tematikou, zneužíváním, bezmocí. Někteří z pracovníků si nemusí uvědomovat, že aby mohli účinně a dobře pečovat o ostatní, nesmí zapomínat na péči o sebe sama. Další náročnou situací může být pro pracovníka linky důvěry také setkání s vlastními citlivými tématy prostřednictvím příběhů klientů. Důležité v takovém případě je, aby pracovník o svých citlivých místech věděl, dokázat je rozpoznat, označit a v rámci supervize nebo výcviků na nich pracovat, ošetřit je. Pracovníci linek důvěry zpravidla nedoprovázejí klienty opakovaně, ale podílejí se pouze na krizové části jejich příběhu. Nezažívají tedy celý proces terapeutické práce s klientem a jeho ukončení. I tato skutečnost může v pracovnících posilovat pocit nedostatečné profesionální satisfakce.

Kebza a Šolcová (2003) tvrdí, že u pracovníků v pomáhajících profesích je z hlediska prevence vyhoření důležité vytvořit si jistý odstup od klientů. Maslach (1998) hovoří o tom, že si k tomuto odstupu pracovníci pomáhají například následujícími technikami:

- sémantickým odosobněním, kdy se klient stává kauzou, určitou diagnózou, pacoušem apod.,
- intelektualismem, kdy profesionál hovoří o klientovi vysoce racionálně, bez emocí, bez osobního přístupu,
- izolací, jasným rozlišením profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem.

Protože je vysoce důležité nepotlačovat své pocity, ale mluvit o nich, vyjadřovat je, je potřeba vytvořit vhodné prostředí (může to být porada, při které jsou probírány obtížnější případy pracoviště, Bálintovské skupiny apod.). Lze však také zajít za kolegou a probrat s ním své pocity. U psychoterapeutů je vhodným protějškem supervizor. V rámci pracovního dne zařadit přestávky a využít je k regeneraci sil tělesným cvičením, procházkou, relaxací, či meditací. Důsledně oddělovat pracovní život od osobního. (Kebza, Šolcová, 2003)

Kretová-Lisá a Budaiová (2007) zkoumaly vyhoření u sociálních pracovníků. 65 pracovníků (všichni zúčastnění) vykazovalo střední stupeň vyhoření, tzv. úroveň ohrožení. Jako účinný preventivní činitel se ukázal stupeň dosaženého vzdělání. Sociální pracovníci považovali za důležitou pomoc ze strany zařízení změnu organizace práce, relaxaci zprostředkovanou zařízením, terapeutická sezení a pozitivní ohodnocení zaměstnavatelem.

Nelson (2005) se ve svém rozhovoru ptal Christiny Maslach, odbornice na syndrom vyhoření a spoluautorky MBI, na to, jaká opatření by měly organizace přijmout, aby jejich pracovníci nebyli tolik ohroženi syndromem vyhoření. Maslach v tomto rozhovoru upozornila na šest základních dimenzí, které pokud fungují, zaměstnanci jsou spokojení, angažovaní a méně vyčerpaní. Pokud naopak některý z těchto šesti aspektů nefunguje, vyhoření narůstá. Prvním z těchto šesti aspektů je podle Maslach „zatížení“. Pokud jsou pracovníci neustále zavaleni prací, nemají dostatek času a dostatek zdrojů, budou po určité době vykazovat známky vyhoření. Druhou dimenzí je „kontrola“, která má co dočinění s autonomií. Když budou mít pracovníci pocit, že mají svou práci pod kontrolou, budou se v práci více angažovat. Když však není jasné, kdo dělá rozhodnutí a kdo je za co zodpovědný, znamená to pro pracovníky vysokou míru stresu. Třetí oblastí je „ocenění a uznání“. Pracovníci potřebují ke své práci dostávat zpětnou vazbu, aby měli pocit efektivně odvedené práce. Čtvrtou oblast nazývá Christina Maslach „společenským“. Tato oblast zahrnuje kolegy, nadřízené,

supervizory. Pokud jsou vztahy na pracovišti podporující, pracovníci k sobě navzájem cítí důvěru a tato skutečnost podporuje v pracovnících společný smysl hodnot. Pátou dimenzí je „spravedlnost“. Pracovníci předpokládají (bez ohledu na pravidla organizace), že s nimi bude zacházeno spravedlivě a s úctou. Šestou oblastí jsou „hodnoty“. Pracovníci mohou například cítit, že jsou nuceni dělat věci, které sami vnímají jako neetické a nejsou v souladu s jejich osobními hodnotami. Pokud taková varianta nastává a dlouhodobě přetrvává, jsou pracovníci více ohroženi vyhořením

Vodáčková (2002) nabízí pracovníkům linek důvěry inspiraci k prevenci syndromu vyhoření v několika oblastech:

- práce s tělem – protažení, uzemnění, dechová cvičení, masáže
- uspořádání pracoviště – větrání, úklid, vytvoření příjemného prostředí, atmosféra na pracovišti
- podpora – uvědomění si, co nebo kdo je pro nás podporou a oporou a využití tohoto systému, pokud je třeba; sdílení, supervize, intervize, výcviky, semináře, sebevzdělávání
- péče o sebe sama – sport, relaxační techniky, jídlo, pití, odpočinek, dovolená, podněty, vztahy, záliby
- bezpečí a limity – respektování hranic, umění odmítnout, sdílení obav, využívání technik asertivity, ukončování kontaktu s klienty

2. 5. 1 Supervize a její systém v oblasti krizových služeb

Supervize práce v pomáhajících profesích je v rámci České republiky poměrně „mladým“ jevem. Více se o ní a její potřebnosti začalo mluvit až v posledním desetiletí minulého století.

Supervize může být někdy vnímána jako nástroj kontroly, něco povinného, něco nepříjemného. Jejím hlavním smyslem je však pomáhat pracovníkovi s tím, co jej v rámci práce tíží, s čím si neví rady. Její funkce by měla být především podpůrná a rozvíjející. Měl

by to být bezpečný prostor, kam může pracovník přinášet svá témata bez obav. Například Matoušek (2001) definuje supervizi jako celoživotní formu učení, zaměřenou na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí.

Definice supervize existuje množství, dosud v nich však nebyla nalezena shoda. Hawkins a Shohet (2004) například uvádějí, že pokud si pracovník uvědomí a zakusí hodnotu dobré supervize na začátku profesní kariéry, „návyk“ přijímat dobrou supervizi se stane nedílnou součástí jeho pracovního života a trvalého vývoje.

K naplňování profesionální jistoty a kompetencí je dle Pastrňáka (2008) v práci s klientem nutná, během celé profesní kariéry, pravidelná účast na supervizi. Supervize je zacílena na odborný i osobnostní rozvoj pracovníků. Jde o alternativní metodu učení v bezpečném prostředí důvěry, která se zaměřuje na podporu pracovníka, vyjasnění případu, vyhodnocení dosavadních postupů a metod práce, odhalení prožívaných emocí, které reflektují vztah mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem služby. Supervize je metoda umožňující reflexi vlastního profesního konání, profesního konání pracovního týmu, komunikace organizace, konfliktů mezi vedoucími pracovníky a pracovníky přímé péče.

Cílem supervize může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, mimo jiné také prevence syndromu vyhoření. Je prokázáno, že dobrá supervize je prospěšná nejen pro supervidovaného, ale sekundárně také pro klienty, spolupracovníky. Proces supervize by měl být součástí adaptace nového zaměstnance, který konfrontuje svou představu pomoci s realitou, půjde především o učení a podporu. (Pastrňák, 2008)

Podle Eise (1995) je úkolem supervizora na lince důvěry zejména:

- upozorňovat supervidovaného na mezery v porozumění volajícímu
- upozorňovat na přenosy ze strany klienta i ze strany pracovníka do případu
- upozorňovat supervidovaného na chyby v technice vedení hovoru
- posoudit pracovní návyky a vědomosti supervidovaného
- doporučit vhodnou a odpovídající nápravu
- poskytovat podporu a povzbuzení a vyzdvihnout pozitiva pracovníka

Hawkins a Shohet (2004) popisují tři hlavní funkce supervize:

- vzdělávací, formativní – tato funkce se týká rozvoje dovedností, porozumění a schopností supervidovaných; to se děje prostřednictvím reflektování a rozebírání práce supervidovaných s klienty. Při takovém rozebírání jim supervizor může pomáhat lépe klientovi rozumět, více si uvědomovat své reakce a odezvy na klienta, chápat dynamiku toho, jak probíhají jejich interakce s klientem, podívat se na to, jak intervenují a jaké jsou dopady jejich intervencí, zkoumat další způsoby práce s touto a podobnými situacemi klientů.
- podpůrná, restorativní – tato funkce spočívá v zaměření se na emoce a pracovníků v souvislosti s jejich prací s klienty, jde o způsob reagování na skutečnost, že na všechny pracovníky nevyhnutelně působí zoufalství, bolest a roztržitost klienta a potřebují čas, aby si začali uvědomovat, jakým způsobem je to může ovlivňovat, a aby své reakce mohli zvládat; to je nezbytné, nemají-li být pracovníci přeplněni emocemi
- řídicí, normativní – tato stránka supervize plní při práci s lidmi funkci kontroly kvality. Supervizoři nesou určitou odpovědnost za správné vykonávání práce supervidovaných i za to, že bude odpovídat vytyčeným etickým standardům.

Edwards et al. (2006) zkoumali vliv supervize na vyhoření u zdravotních sester, pracujících v oblasti duševního zdraví. 76% sester ze zkoumaného vzorku mělo zkušenost se supervizí ze současného zaměstnání, 40% ze zaměstnání předchozího. Z výsledků MBI vyplývalo, že 36% sester trpí emočním vyčerpáním, 12% vysokým stupněm depersonalizace a 10% snížením osobní výkonnosti. Celkové výsledky studie ukazují, že ti pracovníci, kteří měli zkušenost s méně než šesti supervizními sezeními, skórovali výše na škále depersonalizace. Autoři dále zjistili, že pokud je supervize efektivní, pracovníci skórují níže na škálách emočního vyčerpání a depersonalizace, vykazují tedy nižší stupeň vyhoření.

Pearlman a Mac Ian (1995) zkoumali efektivitu supervize a zjistili, že krizoví pracovníci byli méně stresováni, pokud měli bezprostředně po intervenci možnost konzultace.

Supervidovaní terapeuté zase vykazovali vyšší stupně osobnostního růstu než nesupervidovaní (Harrison a Westwood, 2009; Linley a Joseph, 2007) a poradci, kteří nepracovali pod supervizí, vykazovali vyšší stupeň narušeného přesvědčení (McCann a Pearlman, 1990).

Doyle et al. (1977) zkoumali účinky supervize u dobrovolníků pracujících jako krizoví intervenenti. Zjistili, že pokud mají dobrovolníci možnost okamžité supervize ihned po intervenci, začali se po čase přibližovat poskytnutou intervencí zkušeným krizovým pracovníkům. Také klienti s nimi byli více spokojeni a samotní dobrovolníci hodnotili proběhlé intervence pozitivněji.

Neumannová (2007) zkoumala u pracovníků Linky bezpečí vliv supervize a intervize na syndrom vyhoření. Výzkum naznačil, že souvislosti mezi mírou syndromu vyhoření a supervizí pravděpodobně existují a má smysl se jimi dále zabývat.

Dělení supervize v literatuře nalezneme rozdílná. K účelům této diplomové práce však postačí základní dělení, se kterými se na linkách důvěry nejčastěji setkáváme. Supervizi tedy dělíme podle počtu supervidovaných na individuální, kdy je přítomen pouze supervizor a supervidovaný, a na skupinovou, kdy je supervidovaných přítomno více. Pokud je skupinová supervize zaměřena na tým, hovoříme o supervizi týmové. Supervize se může také dělit na externí a interní. V případě externí supervize je supervizor z prostředí mimo organizaci. Interní supervizi pak provádí člověk, který je součástí organizace (v kontextu linek důvěry často vedoucí nebo někdo ze zkušenějších kolegů). Pak tedy o interní supervizi můžeme mluvit jako o intervizi.

Intervize se svým obsahem, smyslem i nástroji neliší zásadně od externí supervize, provádí a poskytuje ji však jiný pracovník. Intervizor v rozhovoru o konkrétním případě sděluje odborné připomínky, postřehy, nápady i ujištění a podporu. Supervizorem by měl být speciálně školený pracovník se specifickými dovednostmi a zkušenostmi supervizí práce – tedy i s vlastní zkušeností supervidovaného (Vodáčková, 2002).

Peterson et al. (2008) zkoumali vliv setkávání reflektujících podpůrných skupin kolegů (můžeme je v podstatě nazvat intervizí) na prevenci stresu a burnoutu. Autoři studie se zaměřili na zdravotnické pracovníky. Zjistili, že setkávání těchto skupin, zaměřených na řešení problémů, může být užitečnou metodou zmírňující pracovní stres a vyhoření.

Specificky zaměřenou supervizí je debriefing, což je krizově-intervenční technika užívaná pro vyrovnání se s traumatizující událostí. Debriefing je určen především pracovníkům poskytujícím krizovou pomoc, a to zejména po emočně náročné profesní aktivitě. Debriefing využívá prakticky řada linek důvěry při předávání služby. Je otázkou, do jaké míry je v praxi tento způsob práce supervizí, resp. intervizí a do jaké míry je „pouhým“ referátem o proběhlé službě s eventuálním emočním odreagováním (Vodáčková, 2002).

Jenkins (1996) zkoumal účinnost debriefingu. Po masové střelbě, při které zahynulo celkem 23 lidí a 32 jich bylo zraněno, byl zdravotnickému personálu do 24 hodin po události nabídnut debriefing. Celkově 36 respondentů pak bylo zapojeno do hodnocení účinnosti debriefingu. Zotavení se z traumatu silně korelovalo s účastí na debriefingu. Při opakovaných měřeních úzkosti, deprese a symptomů traumatického stresu byly příznaky výrazně nižší u těch, kteří se účastnili debriefingu, než u těch, kteří debriefing neabsolvovali.

Kinzel a Nanson (2000) se ve svém výzkumu zaměřili na dvě strategie, které podle nich působí preventivně proti vyhoření, a to sice na vzdělávání a debriefing. Vzdělávání dobrovolníků o syndromu vyhoření a copingových strategiích může přispět ke snížení negativních dopadů práce na lince důvěry. Debriefing je dle slov autora přímější způsob, jak bojovat proti vyhoření. Možnost probrat hovor a vyjádřit své emoce v bezpečném, podporujícím a neodsuzujícím prostředí je podle autora efektivní způsob, jak se bránit vyhoření u pracovníků linek důvěry.

V současné době je systém supervizí a intervizí na většině linek nastaven tak, že se v určitém intervalu pravidelně střídají (například jeden měsíc intervize, druhý měsíc supervize).

Externí supervizor pracuje s týmem podle zakázky vedoucího linky důvěry nebo podle zakázky pracovníků týmu. Rozvojová supervize týmu je často zadávána právě externímu supervizorovi, který má větší možnost odstupu. Ujasňování pozic týmu a uvnitř týmu, percepce a prožívání událostí života týmu – v minulosti, současnosti i perspektiv a očekávání do budoucnosti, problematika přijímání a zařazování nových pracovníků ve vztahu k lince důvěry a služebně starším pracovníkům, zvyky, rituály týmu, různá očekávání a jejich naplnění či zklamání, otázky k motivaci práce na lince důvěry (nejen u nově příchozích

pracovníků), vztahy s celou variabilitou, která je naplňuje – to vše tvoří rozvojovou supervizi týmu. V poslední době existují linky důvěry, které mají i několik externích supervizorů, kteří se ve své činnosti střídají tak, jak je linky důvěry na svá setkání přizvou. (Vodáčková, 2002)

Proč tedy supervizi používat? Jak již bylo zmíněno, supervize pomáhá předcházet syndromu vyhoření. A také z toho důvodu, že je a má být součástí řízení pracovníků. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v § 111 se zmiňuje o povinnosti se dále vzdělávat. Vyhláška č. 505/2006 Sb., která je součástí výše jmenovaného zákona, v příloze č. 2 Standardy kvality sociálních služeb uvádí povinnost (standard č. 10) zařízení mít na supervize externího odborníka. (Pastrňák, 2008)

II. Empirická část

1. Cíle, hypotézy a výzkumné otázky empirické části

1.1 Cíle empirické části

Empirická část má za cíl zmapovat životní styl pracovníků linek důvěry. Za úkol si dále klade zmapovat pracovní podmínky a formy duševní hygieny, které svým pracovníkům pracoviště linek důvěry poskytují.

V empirické části se také zaměříme na zjišťování skutečností, které pomáhají pracovníkům linek důvěry udržet si duševní rovnováhu. Dále budeme zjišťovat, co pracovníkům linek důvěry na pracovišti k udržení si duševní rovnováhy chybí a čeho by potřebovali naopak méně. Na základě toho se poté pokusíme navrhnout možnosti využití metod duševní hygieny na pracovištích LD. Tyto cíle budou zjišťovány formou dotazníku sestaveného z vlastních otázek na základě teoretické části, studia literatury o duševní hygieně a prevenci syndromu vyhoření.

Dále bude zjišťována míra vyhoření pracovníků linek důvěry, a to formou dotazníku CBI – Copenhagen Burnout Inventory. Bude ověřeno, zda má větší míra dodržování vybraných zásad duševní hygieny vztah s menším výskytem syndromu vyhoření. Také bude ověřena souvislost mezi pociťovanou mírou vyhoření u pracovníků linek důvěry a vybranými sociodemografickými charakteristikami (pohlaví, věk, vzdělání, délka praxe, typ pracovního úvazku na pracovištích linek důvěry a mimo ně). Dále bude zmapováno využívání vybraných zásad duševní hygieny u pracovníků linek důvěry a vybrané podmínky a formy duševní hygieny, které pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry.

1.2 Hypotézy a výzkumné otázky

Na základě cílů a použitých metod zkoumání byly zvoleny tyto hypotézy a výzkumné otázky:

Hypotéza 1:

Větší míra dodržování vybraných zásad duševní hygieny má u pracovníků linek důvěry vztah s menším výskytem syndromu vyhoření.

Hypotéza 2:

Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s pohlavím.

Hypotéza 3:

Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s věkem.

Hypotéza 4:

Nejvyšší dosažené vzdělání u pracovníků linek důvěry nesouvisí s dosaženou mírou vyhoření.

Hypotéza 5:

Délka praxe na lince důvěry nesouvisí u pracovníků linek důvěry s dosaženou mírou vyhoření.

Hypotéza 6:

Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s typem jejich pracovního úvazku na lince důvěry.

Hypotéza 7:

Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s typem jejich pracovního úvazku mimo pracoviště linky důvěry.

Hypotézy 2 – 7 jsem stanovila z důvodu, abych ověřila i jiné faktory, které by mohly souviset se syndromem vyhoření.

Výzkumné otázky:

Jaké z vybraných forem duševní hygieny pracovníci linek důvěry využívají?

Jaké z vybraných podmínek a forem duševní hygieny pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry?

Co pracovníkům linek důvěry pomáhá udržet si v osobním životě duševní rovnováhu?

Co pracovníkům linek důvěry pomáhá udržet si na pracovišti duševní rovnováhu?

Co pracovníkům na pracovištích linek důvěry k udržení si duševní rovnováhy chybí?

Čeho by pracovníci linek důvěry potřebovali v rámci udržení si duševní rovnováhy na pracovišti méně?

2. Metodika

2.1 Sběr dat

Výzkumný vzorek tvoří celkem 111 pracovníků linek důvěry z celé České republiky. Data byla získána formou dotazníků, které byly vytvořeny ve webové aplikaci google documents a odkaz na ně byl rozeslán na všechny linky důvěry v České republice.

E-mail s prosbou o vyplnění dotazníků a vysvětlením cílů výzkumu byl rozeslán na e-maily linek důvěry, které poskytují internetové poradenství. Zbytek linek důvěry jsme kontaktovali prostřednictvím telefonu. Od pracovníků jsme získali e-mailový kontakt na vedoucí nebo vedoucího linky, které jsme posléze kontaktovali s prosbou o předání tohoto e-mailu jejich pracovníkům. Tímto způsobem jsme zajistili, aby se dotazníky dostaly ke všem aktivním pracovníkům linek důvěry.

2. 2. Výzkumné metody

K výzkumu jsme zvolili dva dotazníky. V elektronické podobě jsme otázky z těchto dvou dotazníků sloučili do jednoho, na který byl rozeslán pracovníkům linek důvěry odkaz.

První dotazník byl určen ke zjišťování míry vyhoření, konkrétně byl použit dotazník CBI – Copenhagen Burnout Inventory. Výběr dotazníku se řídil především dostupností metody, ale také tím, že je svou konstrukcí zaměřen i na vyhoření směrem ke klientovi a že byl validizován na lidech z pomáhajících profesí. CBI je dotazníkem, který je volně k dispozici a není zatížen licenčními podmínkami. Překlad jsem získala od Vlachovské (2011), která se ve své diplomové práci zabývala diagnostickými možnostmi syndromu vyhoření. Vlachovská (2011) zajistila překlad CBI ve spolupráci s rodilým mluvčím. Jednotlivé položky přeložila a dala ke zpětnému překladu rodilému mluvčímu, poté byla opět provedena translace do češtiny, následně byly porovnány rozdílnosti a český překlad jednotlivých položek byl upraven na neoptimálnější formu.

Copenhagen Burnout Inventory je nástroj určený k diagnostice syndromu vyhoření, který byl vyvinut v Kodani. Klíčovou komponentou je zde vyčerpání (exhaustion) a oproti Maslach Burnout Inventory vyřazuje z pojetí syndromu vyhoření depersonalizaci a nízkou pracovní výkonnost. Autoři této metody rozlišují pracovní vyhoření (work-related burnout), osobní vyhoření (personal burnout), a vyhoření směrem ke klientovi (client-related burnout) (Kristensen, 2005). Položky měřící osobní vyhoření jsou formulované tak, aby na ně byl schopen odpovědět kdokoli. Osobní vyhoření je určeno mírou fyzického i psychického vyčerpání a únavy, jež jedinec prožívá. Autoři nerozlišují mezi psychickou a fyzickou

stránkou vyhaslosti. Škála zjišťující pracovní vyhoření je navržena tak, aby mohla být klasifikována u jakéhokoliv povolání. Pracovní vyhoření je definováno mírou fyzického a psychického vyčerpání i únavy, kterou jedinec prožívá ve vztahu ke své práci. Třetí a poslední škála obsahuje v jednotlivých položkách výraz „klient“, při použití v praxi je tento výraz upraven dle aktuální potřeby cílové skupiny. Poslední typ vyhoření je definován mírou fyzického a psychického vyčerpání a únavy, kterou jedinec prožívá ve vztahu k práci s klientem (Kristensen, 2005).

Na základě dánské pětileté prospektivní studie PUMA (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction), provedené na respondentech pracujících v pomáhajících profesích, byla analyzována validita i reliabilita CBI. U všech tří stupnic bylo zjištěno, že mají velmi vysokou vnitřní konzistenci. Výsledky studie velmi dobře korelují s dotazníky zaměřenými na zjišťování míry únavy (fatigue) a psychické pohody (psychological well-being). Tyto škály také umí poukázat na budoucí nepřítomnost v práci, problémy se spánkem, užívání léků na tlumení bolesti a záměr skončit v povolání. Analýza změn v čase prokázala, že chování zaměstnanců se prokazatelně měnilo v souvislosti se zjištěnou úrovní vyhoření. Tyto výsledky svědčí o velmi dobré reliabilitě a validitě tohoto nástroje. Vnitřní reliabilita je odhadována v rozmezí od $r = .85$ až $r = .87$. Test-retestová reliabilita dosahuje opakovanými měřeními u škály osobního vyhoření od $r = .75$, u pracovního vyhoření $r = .46$ a u vyhoření ve vztahu ke klientovi $r = .71$. Tento inventář také dosahuje vysoké prediktivní validity, kdy byly prokazatelně nalezené souvislosti u jedinců, kteří v prvních měřeních dosáhli kritických hodnot poukazujících na vyhoření a v budoucnu měli mnohem vyšší tendence k absenci v práci a zvýšené nemocnosti. Jednotlivé škály mají velmi vysokou zjevnou (face) validitu. CBI byl přeložen do osmi jazyků a je používán v řadě zemí (Kristensen, 2005).

Druhý dotazník vznikl se záměrem zmapování používání vybraných zásad duševní hygieny, zmapování životního stylu pracovníků linek důvěry a také na zmapování podmínek, které svým pracovníkům pracoviště linek důvěry samy poskytují. Tyto otázky jsme vytvořili na základě studia odborné literatury a výzkumů na toto téma. Na oblasti, které se odrážejí v těchto otázkách, jsme se zaměřili v teoretické části této diplomové práce.

Tento druhý dotazník byl několikrát přeformulován tak, aby byly otázky pracovníkům srozumitelné a aby co nejvíce pokrývaly oblast, kterou jsme se rozhodli

zkoumat. Tyto otázky byly nejprve předloženy čtyřem pracovníkům linky důvěry, aby si na ně zkusili odpovědět a vyjádřili se k jejich srozumitelnosti. Na základě jejich připomínek byl dotazník upraven do konečné podoby.

V dotazníku se objevily uzavřené i otevřené otázky. Prvních dvacet otázek bylo zaměřeno na dodržování vybraných zásad duševní hygieny a podmínky na pracovištích linek důvěry. Posledních deset otázek bylo otevřených. Jednalo se o otázky zaměřené na to, co pracovníkům linek důvěry v rámci udržení si duševní rovnováhy jejich pracoviště poskytují, co pro to dělají oni sami, čeho by naopak v rámci pracoviště potřebovali více a čeho méně. Další otázky byly zaměřeny sociodemograficky, ptali jsme se na pohlaví, věk, délku praxe na lince důvěry, vzdělání a další pracovní uplatnění.

U otázek v tomto druhém dotazníku, které jsme sami zkonstruovali, byla použita pětistupňová škála odpovědí, ze kterých respondenti vybírali – ano – spíše ano – nevím – spíše ne – ne, u položek 36. – 39. volili z odpovědí ano – ne.

2.3 Popis výzkumného vzorku

Výzkumný soubor tvoří 111 pracovníků linek důvěry z celé České republiky. Jedná se o linky všeobecné, tedy linky pro celou populaci, ale i specializované, tedy zaměřené jen na určitý typ klientů.

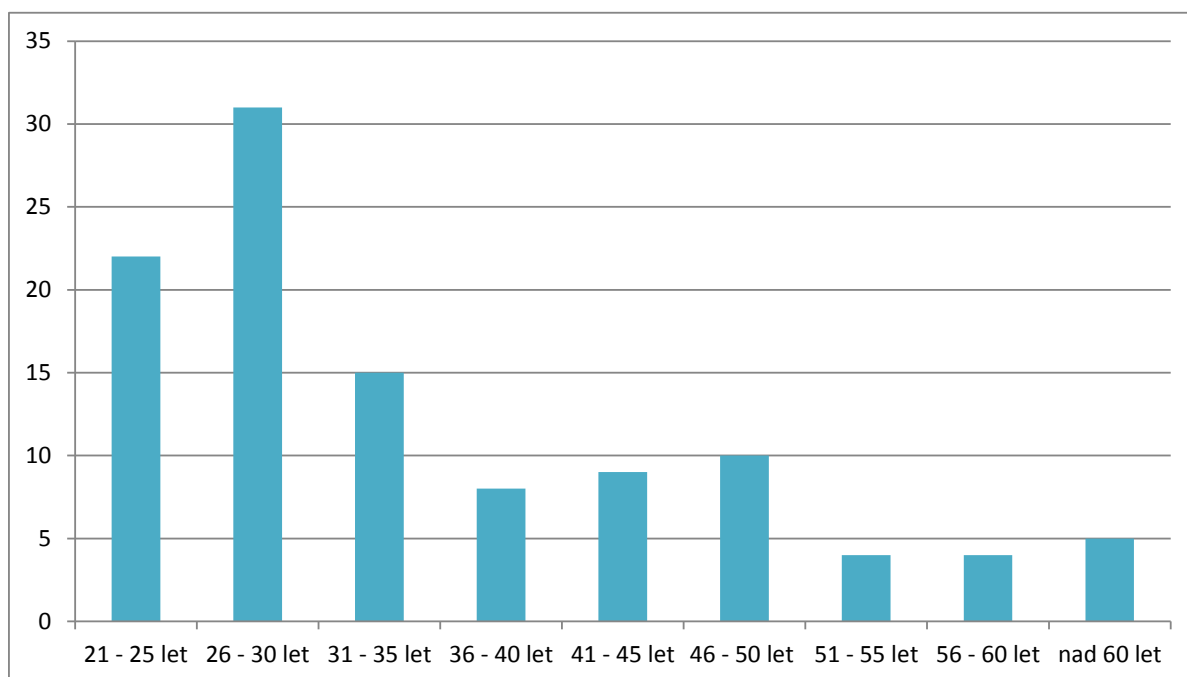
Výzkumný soubor můžeme rozdělit podle pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání, délky praxe krizového intervenanta na lince důvěry, pracovního poměru, na který respondenti na lince důvěry pracují a podle pracovního poměru, na který pracovníci linky důvěry pracují na jiných pracovištích.

Pomáhající profese bývají někdy označovány za profese, ve kterých pracují převážně ženy. To platí i pro pracovníky linek důvěry. Přestože nemáme k dispozici přesný statistický údaj, je známo, že muži jsou na této pracovní pozici spíše výjimkou. Dokládá to i moje několikaletá zkušenost pracovníka a vedoucí linky důvěry. Tato skutečnost se odrazila i

na respondentech tohoto výzkumu. Z celkového počtu 111 respondentů bylo 13 mužů a 98 žen, což může odpovídat reálnému zastoupení pohlaví na pracovištích linek důvěry u nás.

Co se týče poměru věkového zastoupení respondentů, nejvýznamnější skupinou zastoupenou ve vzorku respondentů jsou věkové kategorie 26 – 30 let, a dále 21 – 25 let a 31 – 35 let (viz. Graf 1). Nejméně zastoupenými kategoriemi jsou kategorie 50 let a výše. Opět by dle mé zkušenosti mohlo toto rozložení odpovídat reálnému věkovému rozložení na pracovištích linek důvěry. Může to být dáno tím, že většina pracovníků je na linkách zaměstnána na dohodu o provedení práce nebo na dohodu o pracovní činnosti a mají své hlavní pracovní závazky jinde. Práce na lince je tedy nad rámec jejich častokrát plného úvazku na jiném pracovišti. Takto mohou s ohledem na svůj volný čas řešit svoji pracovní situaci především mladí a bezdětní lidé. Na linkách důvěry také často pracují studenti nebo ženy na mateřské dovolené. Tím by mohlo být vysvětleno věkové zastoupení ve vzorku.

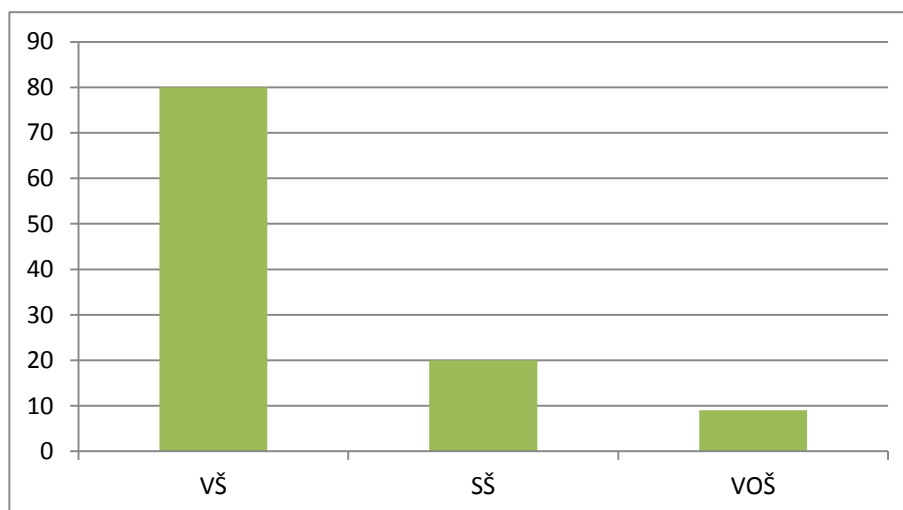
Věk nejmladšího respondenta byl 22 let, věk nejstaršího 82 let. 3 respondenti svůj věk nevyplnili.



Graf 1 - zobrazení poměru věkového zastoupení

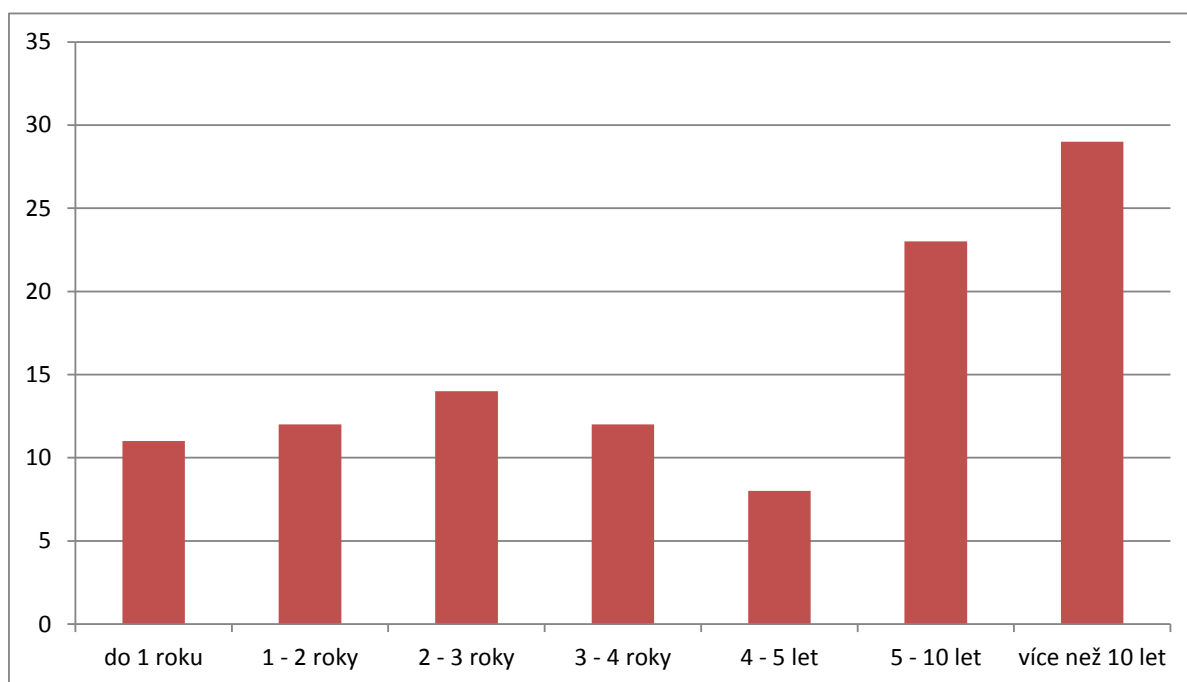
Co se týče zastoupení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání, ve vzorku převažují vysokoškolsky vzdělání respondenti (viz. Graf 2). Je to zastoupení sice nerovnoměrné, ale pochopitelné. Vysokoškolské vzdělání je na mnoha pracovištích linek

důvěry předpokladem pro výkon této profese. Na některých pracovištích linek důvěry mohou pracovat i studenti vysokých škol – tedy s nedokončeným vysokoškolským vzděláním, středoškolsky vzdělaní, nebo pracovníci s vyšším odborným vzděláním. To vysvětluje jejich zastoupení ve vzorku. Respondentů s vysokoškolským vzděláním bylo ve vzorku 80, se středoškolským vzděláním 20 a s vyšším odborným vzděláním 9. Dva respondenti tuto položku nevyplnili.



Graf 2 - zobrazení zastoupení nejvyššího dosaženého vzdělání

Respondentů jsem se v dotazníku také ptala na délku praxe na lince důvěry. 58 z dotázaných respondentů pracuje na lince důvěry méně než 5 let, 22 respondentů 5 – 10 let a 29 respondentů více než 10 let (viz. Graf 3). 2 respondenti délku praxe neuvedli. Nejkratší doba praxe na lince důvěry byla 1 měsíc, nejdelší 40 let. Délka praxe je ve vzorku poměrně rovnoměrně rozložená, nejvíce jsou zastoupeni pracovníci, kteří na lince důvěry pracují méně než 5 let. Jak jsem již zmínila, práce v oblasti krizové intervence je velmi stresující a náročná. Na linkách důvěry bývá vysoká míra fluktuace, proto není toto rozložení překvapivé. Poměrně velké procento však pracuje na lince již více než 10 let, jeden respondent dokonce uvedl jako délku praxe 40 let. Délku praxe jsme zjišťovali také kvůli ověření souvislosti s mírou vyhoření. Výsledky srovnání uvádím v dalších kapitolách empirické části.

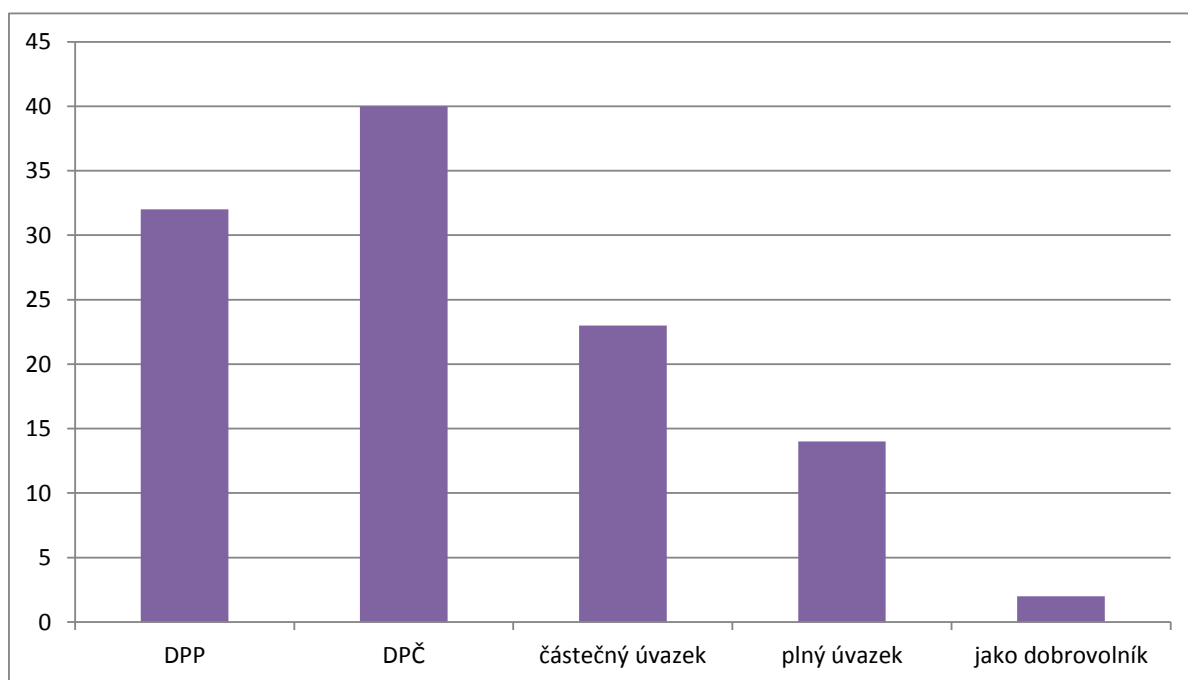


Graf 3 - zobrazení zastoupení délky praxe na lince důvěry

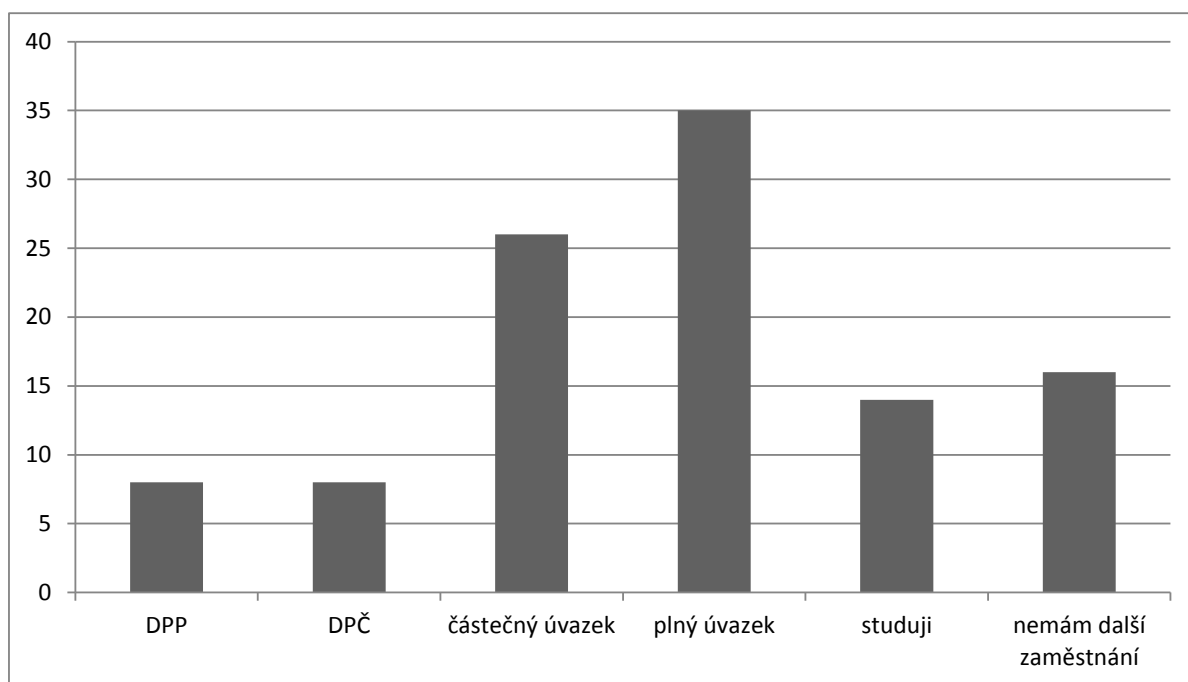
Zjišťovala jsem také, jaké formy pracovního úvazku linky důvěry svým zaměstnancům nabízejí. Jak je vidět z grafu (viz. Graf 4), nejvíce pracovníků linek důvěry pracuje na dohodu o pracovní činnosti (40) a dohodu o provedení práce (32). 23 pracovníků je na lince důvěry zaměstnáno na částečný úvazek a 14 na plný úvazek. 2 respondenti uvedli, že na lince důvěry pracují jako dobrovolníci.

Také mě zajímalo, zda pracovníci linek důvěry mají kromě linky i jiné pracovní závazky. Ze sebraných dat vyplynulo, že 35 respondentů pracuje mimo linku v jiném zaměstnání na plný úvazek, 26 na částečný, 18 respondentů nepracuje jinde než na LD. 16 respondentů uvedlo, že stále ještě studují, 8 respondentů pracuje kromě LD v jiném zaměstnání na dohodu o provedení práce a 8 na dohodu o pracovní činnosti (viz. Graf 5).

Tyto údaje jsem mapovala především z důvodu možných souvislostí s mírou syndromu vyhoření. Zajímalo mě, zda se bude lišit míra vyhoření například u respondentů, kteří pracují na lince důvěry na plný úvazek a u těch, kteří pracují na lince jen na dohodu a plný pracovní úvazek mají v jiném zaměstnání. Výsledky uvádím v dalších kapitolách empirické části.



Graf 4 - zobrazení údajů o typech pracovních poměrů na pracovištích linek důvěry



Graf 5 - zobrazení údajů o dalších pracovních poměrech pracovníků LD mimo pracoviště linek důvěry

2.4 Analýza dat

2.4.1 Popisná statistika

Celková míra vyhoření je určena průměrem hodnot odpovědí na všechny položky CBI (1. - 19.)

Průměrná hodnota: 40,75

Směrodatná odchylka: 12,1

Maximum: 69,6

Minimum: 11,5

U škály **osobního vyhoření** je respondent považován za vyhořelého, pokud má skóre 300 a více.

Počet vyhořelých: 26 (z celkových 111 respondentů)

Průměrná hodnota: 247

Směrodatná odchylka: 81

Maximum: 425

Minimum: 24

U škály **vyhoření vůči klientům** je respondent považován za vyhořelého, pokud dosáhne skóre 300 a více.

Počet vyhořelých: 25 (z celkových 111 respondentů)

Průměrná hodnota: 233

Směrodatná odchylka: 108

Maximum: 500

Minimum: 0

U škály **pracovního vyhoření** je respondent považován za vyhořelého, pokud má skóre 350 a více.

Počet vyhořelých: 24 (z celkových 111 respondentů)

Průměrná hodnota: 294

Směrodatná odchylka: 86

Maximum: 525

Minimum: 98

2.4.2 Zhodnocení hypotézy č. 1

Ho: Větší míra dodržování vybraných zásad duševní hygieny nemá u pracovníků linek důvěry vztah s menším výskytem syndromu vyhoření.

Ha: Větší míra dodržování vybraných zásad duševní hygieny má u pracovníků linek důvěry vztah s menším výskytem syndromu vyhoření.

Pro testování hypotézy č. 1 jsme použili Spearmanův korelační koeficient. Zvolili jsme hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Korelovali jsme souhrnné ukazatele - výsledky dotazníku CBI (průměr hodnot odpovědí na všechny položky CBI – položky 1. – 19.) s výsledky položek zaměřených na zjišťování dodržování zásad duševní hygieny (průměr hodnot odpovědí na položky 20. – 30.)

Každá z položek týkajících se vybraných zásad duševní hygieny a zdravého životního stylu (20. – 30.) nabývá hodnot 1 až 5. Hodnota „1“ vyjadřuje „ano“, tedy dodržují vybrané zásady duševní hygieny. Hodnota „2“ vyjadřuje „spíše ano“, tedy spíše dodržují vybrané zásady duševní hygieny. Hodnota „3“ vyjadřuje „nevím“, tedy ani dodržují ani nedodržují vybrané zásady duševní hygieny. Hodnota „4“ vyjadřuje „spíše ne“, tedy spíše nedodržují vybrané zásady duševní hygieny. Hodnota „5“ vyjadřuje „ne“, tedy nedodržují vybrané zásady duševní hygieny. Souhrnný ukazatel je průměrem hodnot odpovědí na položky týkající se dodržování zásad duševní hygieny (otázky 20. – 30).

Jak již bylo zmíněno, u CBI autoři rozlišují osobní vyhoření, pracovní vyhoření a vyhoření směrem ke klientovi. Každá z položek nabývá hodnot od 0 do 100. Hodnota „100“ je přiřazena odpovědím „vždy“ nebo „ano“, hodnota „75“ odpovědím „často“ a „spíše ano“, hodnota „50“ odpovědím „někdy“ a „nevím“, hodnota „25“ odpovědím „zřídka“ a „spíše ne“ a hodnota „0“ je přiřazena odpovědím „nikdy/téměř nikdy“ a „ne“. U škály osobního vyhoření je respondent považován za vyhořelého, pokud má skóre 300 a více. U škály vyhoření vůči klientům je rovněž respondent považován za vyhořelého, pokud dosáhne skóre 300 a více. U škály pracovního vyhoření je respondent považován za vyhořelého, pokud má skóre 350 a více. Celková míra vyhoření je určena průměrem hodnot odpovědí na všechny položky CBI (1. - 19.)

Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi celkovou mírou vyhoření a nedodržováním vybraných zásad duševní hygieny ($r_s=0,20$). Nejedná se o souvislost nikterak silnou, ale můžeme říci, že je statisticky významná ($p=0,04$, viz. Tab. 2).

Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že větší míra dodržování vybraných zásad duševní hygieny nemá u pracovníků linek důvěry vztah s menším výskytem syndromu vyhoření.

Correlations

			celková míra vyhoření	zásady duševní hygieny	podmínky na pracovišti
Spearman's rho	celková míra vyhoření	Correlation Coefficient	1,000	,196(*)	,224(*)
		Sig. (2-tailed)	.	,039	,018
		N	111	111	111
	zásady duševní hygieny	Correlation Coefficient	,196(*)	1,000	,026
		Sig. (2-tailed)	,039	.	,786
		N	111	111	111
	podmínky na pracovišti	Correlation Coefficient	,224(*)	,026	1,000
		Sig. (2-tailed)	,018	,786	.
		N	111	111	111

Tabulka 2 - korelace celkové míry vyhoření, vybraných zásad duševní hygieny a podmínek na pracovišti

Byla také zjištěna statisticky významná souvislost mezi osobním vyhořením a nedodržováním vybraných zásad duševní hygieny ($r_s=0,28$, $p=0,003$) a mezi pracovním vyhořením a nedodržováním vybraných zásad duševní hygieny ($r_s=0,19$, $p=0,046$). Statisticky významná souvislost nebyla zjištěna mezi vyhořením směrem ke klientovi a nedodržováním vybraných zásad duševní hygieny ($r_s=0,05$, $p=0,64$).

Korelovali jsme mimo jiné také jednotlivé položky týkající se dodržování vybraných zásad duševní hygieny (20. – 30.) s celkovou mírou vyhoření. Zjistili jsme statisticky významnou souvislost mezi nevyužíváním možnosti chvilkového odpočinku během pracovní doby, když se pracovník cítí unaven a celkovou mírou vyhoření ($r_s=0,22$, $p=0,02$). Statisticky signifikantní souvislost byla zjištěna také mezi nevyužíváním možnosti krátké relaxace v pracovní době a celkovou mírou vyhoření ($r_s=0,27$, $p=0,004$) a mezi nevěnováním se svým zájmům ve volném čase a celkovou mírou vyhoření ($r_s=0,33$, $p<0,001$).

Zjišťovali jsme také souvislost celkové míry vyhoření a podmínek a forem duševní hygieny, které pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry (položky 31. – 39.). Byla zjištěna statisticky významná souvislost mezi horšími podmínkami a chybějícími formami duševní hygieny, které pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry a celkovou mírou vyhoření ($r_s=0,22$, $p=0,02$) (viz. Tab. 2). Také jsme zjistili statisticky významnou souvislost mezi vyhořením směrem ke klientům a horšími podmínkami a chybějícími formami duševní hygieny, které pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry ($r_s=0,20$, $p=0,03$).

Stejně jako jsme korelovali jednotlivé položky týkající se dodržování vybraných zásad duševní hygieny s celkovou mírou vyhoření, korelovali jsme také jednotlivé položky podmínek a forem duševní hygieny, které pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry. Jako statisticky významná se ukázala být souvislost mezi nedostatečnou a pro pracovníky neúčinnou zpětnou vazbou a vyhořením směrem ke klientovi ($r_s=0,22$, $p=0,02$). Byla zjištěna také negativní souvislost mezi individuální intervizí a osobním vyhořením ($r_s=-0,24$, $p=0,01$). Znamená to tedy, že individuální intervize se v našem vzorku ukázaly být tím, co naopak přispívá k osobnímu vyhoření. Tento výsledek mohl být ovlivněn tím, že se ptáme pouze na přítomnost individuální intervize na pracovišti, nikoli na skutečnost, zda jsou pracovníci s individuální intervizí spokojeni nebo zda je funkční. Na některých pracovištích může také individuální intervize fungovat jako nástroj kontroly (pravidelné příposlechy, modelové situace apod.) nebo jako povinnost (například pokud se pracovník nezúčastnil skupinové supervize a intervize dva měsíce po sobě, má povinnost vybrat si intervizi individuální). Také těmito důvody může být vysvětlena tato negativní korelace.

2.4.3 Zhodnocení hypotézy č. 2

Ho: Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s pohlavím.

Ha: Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry souvisí s pohlavím.

Souvislost mezi pohlavím a mírou vyhoření jsme zjišťovali pomocí T-testu. Hladina významnosti byla v tomto případě stanovena $\alpha = 0,05$. Souvislost mezi těmito dvěma proměnnými však nebyla prokázána ($t = -652$, $p = 0,43$, $0,53$) (viz. Tab. 3 a 4).

Přijímám hypotézu Ho na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ o tom, že dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s pohlavím.

Group Statistics

44. Pohlaví:		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
celková míra vyhoření	muž	13	38,2	15,2	4,2
	žena	98	41,1	11,7	1,2

Tabulka 3 – popisná statistika

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means							
								95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Upper
	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower	Upper	Lower
celková míra vyhoře ní	4,484	,036							
Equal variances not assumed			-,652	13,943	,525	- 2,8533008 34503845	4,3750771 02178706	- 12,24 04973 93905 140	6,5338 957248 97460

Tabulka 4 – T-test

2.4.4 Zhodnocení hypotézy č. 3

Ho: Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s věkem.

Ha: Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry souvisí s věkem.

Pro zjištění závislosti sledovaných znaků jsme použili Spearmanův koeficient korelace. V rozdělení sledovaných proměnných existují totiž odlehlé hodnoty, které by mohly ovlivnit přesnost měření prostřednictvím Pearsonova korelačního koeficientu. Hladina významnosti byla stanovena $\alpha = 0,05$. Souvislost mezi těmito dvěma proměnnými však nebyla prokázána ($r_s = -0,117$, $p = 0,23$) (viz. Tab. 5).

Přijímám hypotézu Ho na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ o tom, že dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s věkem.

Correlations

			Věk	CBI_total	CBI_personal	CBI_work	CBI_client
Spearman's rho	Věk	Correlation Coefficient	1,000	-,117	-,164	-,072	-,055
		Sig. (2-tailed)	.	,227	,089	,457	,572
		N	109	109	109	109	109
	CBI_total	Correlation Coefficient	-,117	1,000	,773(**)	,862(**)	,838(**)
		Sig. (2-tailed)	,227	.	,000	,000	,000
		N	109	111	111	111	111
	CBI_personal	Correlation Coefficient	-,164	,773(**)	1,000	,595(**)	,406(**)
		Sig. (2-tailed)	,089	,000	.	,000	,000
		N	109	111	111	111	111
	CBI_work	Correlation Coefficient	-,072	,862(**)	,595(**)	1,000	,620(**)
		Sig. (2-tailed)	,457	,000	,000	.	,000
		N	109	111	111	111	111
	CBI_client	Correlation Coefficient	-,055	,838(**)	,406(**)	,620(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,572	,000	,000	,000	.
		N	109	111	111	111	111

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Tabulka 5 – korelace

2.4.5 Zhodnocení hypotézy č. 4

Ho: Nejvyšší dosažené vzdělání u pracovníků linek důvěry nesouvisí s dosaženou mírou vyhoření.

Ha: Nejvyšší dosažené vzdělání u pracovníků linek důvěry souvisí s dosaženou mírou vyhoření.

Zjišťovali jsme také souvislost mezi nejvyšším dosaženým vzděláním a mírou vyhoření. Jelikož je vzdělání kategorický znak o třech hodnotách, použili jsme jednorozměrnou analýzu rozptylu (ANOVA). Hladina významnosti byla stanovena $\alpha = 0,05$. Souvislost mezi těmito dvěma proměnnými však nebyla prokázána ($F = 0,57$, $p = 0,57$) (viz. Tab. 6 a 7).

Přijímám hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ o tom, že nejvyšší dosažené vzdělání u pracovníků linek důvěry nesouvisí s dosaženou mírou vyhoření.

Report

celková míra vyhoření

46. Vzdělání:	Mean	N	Std. Deviation
VŠ	43,2	20	11,9
VOŠ	38,7	9	10,6
SŠ	40,3	80	12,5
Total	40,7	109	12,2

Tabulka 6 – popisná statistika

ANOVA

celková míra vyhoření

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	169,732	2	84,866	,567	,569
Within Groups	15877,781	106	149,790		
Total	16047,513	108			

Tabulka 7 – jednorozměrná analýza rozptylu

2.4.6 Zhodnocení hypotézy č. 5

H_0 : Délka praxe na lince důvěry nesouvisí u pracovníků linek důvěry s dosaženou mírou vyhoření.

H_a : Délka praxe na lince důvěry souvisí u pracovníků linek důvěry s dosaženou mírou vyhoření.

Pro zjištění závislosti sledovaných znaků jsme použili Spearmanův koeficient korelace. Důvodem byla, podobně jako u hypotézy č. 3, skutečnost, že v rozdělení sledovaných proměnných existují odlehlé hodnoty, které by mohly ovlivnit přesnost měření prostřednictvím Pearsonova korelačního koeficientu. Zvolili jsme hladinu významnosti

$\alpha = 0,05$. Ani v tomto případě nebyla prokázána statisticky významná souvislost ($r_s=0,004$, $p=0,97$) (viz. Tab. 8).

Přijímám hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ o tom, že délka praxe na lince důvěry nesouvisí u pracovníků linek důvěry s dosaženou mírou vyhoření.

Correlations

			Délka praxe	CBI_total	CBI_personál	CBI_work	CBI_client
Spearman's rho	Délka praxe	Correlation Coefficient	1,000	,004	,024	,027	-,002
		Sig. (2-tailed)	.	,965	,808	,777	,983
		N	109	109	109	109	109
	CBI_total	Correlation Coefficient	,004	1,000	,773(**)	,862(**)	,838(**)
		Sig. (2-tailed)	,965	.	,000	,000	,000
		N	109	111	111	111	111
	CBI_personál	Correlation Coefficient	,024	,773(**)	1,000	,595(**)	,406(**)
		Sig. (2-tailed)	,808	,000	.	,000	,000
		N	109	111	111	111	111
	CBI_work	Correlation Coefficient	,027	,862(**)	,595(**)	1,000	,620(**)
		Sig. (2-tailed)	,777	,000	,000	.	,000
		N	109	111	111	111	111
	CBI_client	Correlation Coefficient	-,002	,838(**)	,406(**)	,620(**)	1,000
		Sig. (2-tailed)	,983	,000	,000	,000	.
		N	109	111	111	111	111

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Tabulka 8 - korelace

2.4.7 Zhodnocení hypotézy č. 6

H_0 : Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s typem jejich pracovního úvazku na lince důvěry.

H_a : Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry souvisí s typem jejich pracovního úvazku na lince důvěry.

Zjišťovali jsme také souvislost mezi typem pracovního úvazku pracovníků na linkách důvěry a dosaženou mírou vyhoření. Použili jsme opět jednorozměrnou analýzu

rozptylu (ANOVA). Zvolili jsme hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Souvislost těchto dvou proměnných však ani v tomto případě nebyla prokázána ($F=0,99$, $p=0,42$) (viz. Tab. 9 a 10).

Přijímám hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ o tom, že dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s typem jejich pracovního úvazku na lince důvěry.

Report

celková míra vyhoření

48. Na LD pracuji na:	Mean	N	Std. Deviation
DPP	42,0	32	11,7
DPČ	38,5	40	10,6
částečný úvazek	44,2	23	14,5
plný úvazek	38,6	14	13,0
jako dobrovolník	41,2	2	,8
Total	40,7	111	12,1

Tabulka 9 – popisná statistika

ANOVA

celková míra vyhoření

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	580,310	4	145,078	,992	,415
Within Groups	15500,891	106	146,235		
Total	16081,202	110			

Tabulka 10 – jednorozměrná analýza rozptylu

2.4.8 Zhodnocení hypotézy č. 7

H_0 : Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s typem jejich pracovního úvazku mimo pracoviště linky důvěry.

H_a : Dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry souvisí s typem jejich pracovního úvazku mimo pracoviště linky důvěry.

Zjišťovali jsme souvislost také mezi typem pracovního úvazku pracovníků linek důvěry mimo pracoviště linky důvěry a dosaženou mírou vyhoření. Použili jsme jednorozměrnou analýzu rozptylu (ANOVA). Zvolili jsme hladinu významnosti $\alpha = 0,05$. Souvislost mezi těmito dvěma proměnnými nebyla prokázána ($F=1,55$, $p=0,18$) (viz. Tab. 11 a 12)

Přijímám hypotézu H_0 na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ o tom, že dosažená míra vyhoření u pracovníků linek důvěry nesouvisí s typem jejich pracovního úvazku mimo pracoviště linky důvěry.

Report

celková míra vyhoření

49. Ve svém dalším zaměstnání pracuji na:	Mean	N	Std. Deviation
DPP	35,8	8	12,9
DPČ	40,4	8	5,2
částečný úvazek	39,3	26	11,8
plný úvazek	44,5	35	11,1
studuji	42,4	16	14,8
nemám další zaměstnání	36,4	18	12,4
Total	40,7	111	12,1

Tabulka 11 – popisná statistika

ANOVA

celková míra vyhoření

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1107,290	5	221,458	1,553	,180
Within Groups	14973,912	105	142,609		
Total	16081,202	110			

Tabulka 12 – jednorozměrná analýza rozptylu

2.4.9 Vybrané formy duševní hygieny u pracovníků linek důvěry

Jedním z cílů této práce bylo také zmapovat osobní formy psychohygieny pracovníků telefonické krizové pomoci. V této kapitole jsme se tedy zaměřili na to, jaké z vybraných forem pracovníci linek důvěry využívají.

Výzkumná otázka: Jaké z vybraných forem duševní hygieny pracovníci linky důvěry využívají?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsme se rozhodli popisovat v rovině nominalních dat. Každá z položek týkajících se vybraných zásad duševní hygieny a zdravého životního stylu (20. – 30.) nabývá hodnot 1 až 5. Hodnota „1“ vyjadřuje „ano“, tedy dodržují vybrané zásady duševní hygieny. Hodnota „2“ vyjadřuje „spíše ano“, tedy spíše dodržují vybrané zásady duševní hygieny. Hodnota „3“ vyjadřuje „nevím“, tedy ani dodržují ani nedodržují vybrané zásady duševní hygieny. Hodnota „4“ vyjadřuje „spíše ne“, tedy spíše nedodržují vybrané zásady duševní hygieny. Hodnota „5“ vyjadřuje „ne“, tedy nedodržují vybrané zásady duševní hygieny.

Pokud respondenti odpověděli „ano“ nebo „spíše ano“ (hodnoty „1“ a „2“), znamená to, že využívají danou formu duševní hygieny. V tabulce jsou tyto hodnoty agregovány a označeny „ano, spíše ano.“ Pokud odpověděli „nevím“ (hodnota „3“), znamená to, že ani nevyužívají, ale ani využívají danou formu duševní hygieny. Tato hodnota je v tabulce označena jako „nevím.“ Pokud respondenti odpověděli „spíše ne“ nebo „ne“ (hodnoty „4“ a „5“), znamená to, že nevyužívají danou formu duševní hygieny. V tabulce jsou tyto hodnoty agregovány a označeny „ne, spíše ne.“

V Tab. 13 uvádíme hodnoty přiřazené jednotlivým odpovědím, četnosti odpovědí a jejich procentuální vyjádření.

Z tabulky vyplývá, že 73 (65,8%) z celkového počtu 111 respondentů chodí spát a vstává stále ve stejnou dobu, 86 respondentů (77,5%) spí v průměru alespoň 6-8 hodin denně, 65 respondentů (58,6%) dodržuje pravidla zdravé výživy a 62 respondentů (55,9%) si odpočine během pracovního dne alespoň na chvíli vždy, když se cítí unaveni.

59 respondentů (53,2%) naopak nevyužívá ve svém volném čase relaxačních metod, 58 respondentů (52,3%) nevyužívá možnosti krátké relaxace ani v pracovní době a 59 respondentů (53,2%) si v pracovní době nezacvičí ani se neprotáhne.

71 respondentů (64%) se věnuje ve svém volném čase sportu, 100 respondentů (90,1%) se ve svém volném čase věnuje i svým dalším zájmům. 70 respondentů (63,1%) dokáže efektivně hospodařit s časem a 106 respondentů (95,5%) má ve svém okolí někoho, kdo je v těžké situaci podpoří, komu se mohou svěřit se svými starostmi.

Z tabulky a předchozího popisu je patrné, že téměř všechny vybrané formy duševní hygieny většina pracovníků využívá, možnosti relaxace v pracovní době a ve svém volném čase a možnosti zacvičení si nebo protažení se v pracovní době však většina pracovníků nevyužívá.

		Count	Column N %
20. Chodíte spát a vstáváte přibližně stále ve stejnou dobu?	ano, spíše ano	73	65,8%
	nevím	1	,9%
	ne, spíše ne	37	33,3%
21. Spíte v průměru alespoň 6 - 8 hodin denně?	ano, spíše ano	86	77,5%
	nevím	1	,9%
	ne, spíše ne	24	21,6%
22. Dodržujete pravidla zdravé výživy?	ano, spíše ano	65	58,6%
	nevím	8	7,2%
	ne, spíše ne	38	34,2%
23. Odpočínáte si během pracovního dne alespoň na chvíli vždy, když se cítíte unaven/a?	ano, spíše ano	62	55,9%
	nevím	7	6,3%
	ne, spíše ne	42	37,8%
24. Využíváte ve svém volném čase relaxačních metod?	ano, spíše ano	45	40,5%
	nevím	7	6,3%
	ne, spíše ne	59	53,2%
25. Využíváte možnosti krátké relaxace i v pracovní době?	ano, spíše ano	50	45,0%
	nevím	3	2,7%
	ne, spíše ne	58	52,3%
26. Protáhnete se nebo si chvíli zacvičíte i v pracovní době?	ano, spíše ano	48	43,2%
	nevím	4	3,6%
	ne, spíše ne	59	53,2%
27. Věnujete se ve svém volném čase sportu?	ano, spíše ano	71	64,0%
	nevím	2	1,8%
	ne, spíše ne	38	34,2%
28. Věnujete se ve svém volném čase také svým dalším zájmům?	ano, spíše ano	100	90,1%
	ne, spíše ne	11	9,9%

29. Dokážete efektivně hospodařit s časem?	ano, spíše ano	70	63,1%
	nevím	11	9,9%
	ne, spíše ne	30	27,0%
30. Máte ve svém okolí někoho, kdo Vás v těžké situaci podpoří, komu se můžete svěřit se svými starostmi?	ano, spíše ano	106	95,5%
	nevím	1	,9%
	ne, spíše ne	4	3,6%

Tabulka 13 – hodnoty, četnosti a procentuální vyjádření

2.4.10 Podmínky a formy duševní hygieny, které pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry

Dalším z cílů této práce bylo mapování forem duševní hygieny, které poskytují svým pracovníkům linky důvěry v České republice. V této kapitole jsme se tedy zaměřili na to, jaké podmínky a formy duševní hygieny pracoviště linek důvěry svým pracovníkům poskytují.

Výzkumná otázka: Jaké z vybraných podmínek a formem duševní hygieny pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku jsme se stejně jako u otázky předchozí rozhodli popisovat v rovině nominalních dat. Pět položek týkajících se podmínek a forem duševní hygieny, které pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry (31. – 35.) opět nabývá hodnot 1 až 5. Hodnota „1“ vyjadřuje „ano“, tedy pracoviště mi poskytuje tuto podmínku nebo nebo formu duševní hygieny. Hodnota „2“ vyjadřuje „spíše ano“, tedy pracoviště mi spíše poskytuje tuto podmínku nebo nebo formu duševní hygieny. Hodnota „3“ vyjadřuje „nevím“, tedy pracoviště mi ani neposkytuje ani poskytuje tuto podmínku nebo formu duševní hygieny. Hodnota „4“ vyjadřuje „spíše ne“, tedy pracoviště mi spíše neposkytuje tuto podmínku nebo nebo formu duševní hygieny. Hodnota „5“ vyjadřuje „ne“, tedy pracoviště mi neposkytuje tuto podmínku nebo nebo formu duševní hygieny. U položek 36. – 39., které se také týkaly

podmínek a forem duševní hygieny, které pracovníkům poskytují pracoviště linek důvěry, volili respondenti pouze z odpovědí „ano“ (hodnota „1“) a „ne“ (hodnota „5“).

Pokud respondenti odpověděli „ano“ nebo „spíše ano“ (hodnoty „1“ a „2“), znamená to, že jim pracoviště tuto podmínku nebo formu duševní hygieny poskytuje. V tabulce jsou tyto hodnoty agregovány a označeny „ano, spíše ano.“ Pokud odpověděli „nevím“ (hodnota „3“), znamená to, že jim pracoviště ani neposkytuje, ale ani poskytuje danou podmínku nebo formu duševní hygieny. Tato hodnota je v tabulce označena jako „nevím.“ Pokud respondenti odpověděli „spíše ne“ nebo „ne“ (hodnoty „4“ a „5“), znamená to, že jim pracoviště tuto podmínku nebo formu duševní hygieny neposkytuje. V tabulce jsou tyto hodnoty agregovány a označeny „ne, spíše ne.“

V Tab. 14 uvádíme hodnoty přiřazené jednotlivým odpovědím, četnosti odpovědí a jejich procentuální vyjádření.

103 (92,8%) z celkového počtu 111 respondentů má možnost si po těžkém hovoru promluvit s kolegou, intervizorem nebo vedoucím služby, 102 respondentů (91,9%) má možnost pohovořit si o průběhu služby po jejím skončení s někým z uvedených. 98 respondentů (88,3%) dostává ke své práci dostatečnou zpětnou vazbu, 96 respondentů (86,5%) odpovědělo, že jsou spokojeni s pracovními podmínkami a prostředím. 89 respondentů (80,2%) je na svém pracovišti spokojeno se systémem dalšího vzdělávání.

Co se týče položek dotazujících se na přítomnost supervize a intervize na pracovištích, 92 respondentů (82,9%) má na svém pracovišti možnost skupinové a 104 respondentů (93,7%) individuální intervize. 101 respondentů (91%) má na svém pracovišti možnost skupinové a 74 respondentů (66,7%) individuální supervize.

Z tabulky je patrné, že pracoviště linek důvěry poskytují většině pracovníků všechny vybrané podmínky a formy duševní hygieny.

		Count	Column N %
31. Máte po těžkém hovoru možnost promluvit si s někým z kolegů, s intervizorem nebo s vedoucím služby?	ano, spíše ano	103	92,8%
	nevím	1	,9%
	ne, spíše ne	7	6,3%
32. Máte po skončení	ano, spíše ano	102	91,9%

služby možnost pohovořit si o jejím průběhu s někým z kolegů, s intervizorem nebo s vedoucím služby?	nevím	1	,9%
	ne, spíše ne	8	7,2%
33. Dostáváte ke své práci (od vedoucího LD, supervizora, intervizora, kolegů...) dostatečnou a pro Vás užitečnou zpětnou vazbu?	ano, spíše ano	98	88,3%
	nevím	1	,9%
	ne, spíše ne	12	10,8%
34. Jste na svém pracovišti LD spokojen/a s pracovními podmínkami a prostředím?	ano, spíše ano	96	86,5%
	nevím	4	3,6%
	ne, spíše ne	11	9,9%
35. Jste na svém pracovišti LD spokojen/a se systémem dalšího vzdělávání?	ano, spíše ano	89	80,2%
	nevím	8	7,2%
	ne, spíše ne	14	12,6%
36. Máte na svém pracovišti LD možnost skupinové intervize?	ano, spíše ano	92	82,9%
	ne, spíše ne	19	17,1%
37. Máte na svém pracovišti LD možnost individuální intervize?	ano, spíše ano	104	93,7%
	ne, spíše ne	7	6,3%
38. Máte na svém pracovišti LD možnost skupinové supervize?	ano, spíše ano	101	91,0%
	ne, spíše ne	10	9,0%
39. Máte na svém pracovišti LD možnost individuální supervize?	ano, spíše ano	74	66,7%
	ne, spíše ne	37	33,3%

Tabulka 14 – hodnoty, četnosti a procentuální vyjádření

2.4.11 Zhodnocení otevřených otázek

Otevřené otázky jsme se rozhodli vyhodnotit formou rozdělení do kategorií. Navrhli jsme na základě odpovědí respondentů kategorie, do nichž jsme jednotlivé odpovědi zařadili. Jednalo se o odpovědi na 4 otevřené otázky.

První otevřená otázka zněla: „Co Vám v osobním životě pomáhá udržet si duševní rovnováhu?“

Výzkumná otázka: Co pracovníkům linek důvěry pomáhá udržet si v osobním životě duševní rovnováhu?

Na tuto otázku odpovědělo 108 ze 111 respondentů. V odpovědích respondentů se nejvíce objevovala odpověď rodina a přátelé (56,1%). Tyto odpovědi potvrzují důležitost sociální opory a její místo v oblasti duševní hygieny. 52,3% respondentů hovořilo ve svých odpovědích o důležitosti svých zájmů, následoval sport (33,6%) a odpočinek (18,7%). Zájmy a odpočinek byly v našem výzkumu položky, u kterých byla prokázána souvislost s celkovou mírou vyhoření. Z odpovědí respondentů je patrné, že jim zájmy a odpočinek pomáhají udržet si duševní rovnováhu, potvrzují tedy naše zjištění. Dále uváděli respondenti partnera (18,7%), srovnané hodnoty (10,3%), ventilaci (9,3%), fyzickou práci (8,4%), oddělení práce a volného času (8,4%), podporu (7,5%), smysluplnost práce (7,5%), humor (5,6%) nebo víru (5,6%). Více viz. Tab. 15.

		Count	Column Response % (Base: Count)
§a40	rodina	60	56,1%
	další zájmy	56	52,3%
	přátelé	56	52,3%
	sport	36	33,6%
	odpočinek	20	18,7%
	partner	20	18,7%
	srovnané hodnoty	11	10,3%
	ventilace	10	9,3%
	fyzická práce	9	8,4%
	oddělit práci a volný čas	9	8,4%
	podpora	8	7,5%
	smysluplnost práce	8	7,5%
	humor	6	5,6%
	víra	6	5,6%
	studium	6	5,6%
	čas pro sebe	5	4,7%
	spánek	5	4,7%
	jídlo, pití	4	3,7%
	relaxace	4	3,7%
	sebereflexe	3	2,8%
	kolegové	3	2,8%
	hranice	2	1,9%
	láska	2	1,9%
	sex	2	1,9%
	přiměřený plat	1	,9%
	nedávat si za cíl zachránit celý svět	1	,9%
	dovolit si dělat chyby	1	,9%
	plánování času	1	,9%
	úspěch	1	,9%

	ocenění	1	,9%
	supervize	1	,9%
	intervize	1	,9%
	zaměřit se vždy jen na jednu věc	1	,9%
	politický aktivismus	1	,9%
	naděje	1	,9%

Tabulka 15 - kategorizace odpovědí na otevřenou otázku č. 1

Druhá otevřená otázka zněla: „Co Vám na pracovišti pomáhá udržet si duševní rovnováhu?“

Výzkumná otázka: Co pracovníkům linek důvěry pomáhá udržet si na pracovišti duševní rovnováhu?

Na tuto otázku odpovědělo 108 ze 111 respondentů. Respondenti nejčastěji odpovídali, že jim na pracovišti nejvíce pomáhají kolegové, tým (60,7%), a možnost ventilace (29,9%). Také pozitivně hodnotili možnost odpočinku mezi kontakty (28%), možnost intervize (21,5%) i prostředí a atmosféru na pracovišti (20,6%). 17,8% respondentů také uvedlo, že jim pomáhá střídání různých činností, jako například poslech hudby, internet nebo čtení. Respondenti také jako důležitou uváděli podporu (14%), supervizi (12,1%), jídlo a pití (9,3%), nadhled (8,4%), smysluplnost práce (7,5%) nebo vzdělávání (7,5%). Více viz. Tab. 16.

		Count	Column Response % (Base: Count)
\$a41	kolegové, tým	65	60,7%
	ventilace	32	29,9%
	odpočinek mezi kontakty	30	28,0%
	intervize	23	21,5%
	prostředí a atmosféra na pracovišti	22	20,6%
	střídání činností	19	17,8%
	podpora	15	14,0%
	supervize	13	12,1%
	jídlo, pití	10	9,3%
	nadled	9	8,4%
	smysluplnost práce	8	7,5%
	vzdělávání	8	7,5%
	profesionalita, zkušenosti	7	6,5%
	relaxace	7	6,5%

	humor	7	6,5%
	cvičení, protažení se	5	4,7%
	debriefing	4	3,7%
	fyzické /odstříhnutí se/ od kontaktu	4	3,7%
	osobnostní nastavení	3	2,8%
	pozitivní zpětná vazba	3	2,8%
	psychohygiena, práce se sebou	2	1,9%
	oddělit práci a volný čas	2	1,9%
	jiná (hlavní) práce	2	1,9%
	plat	2	1,9%
	malý počet služeb	2	1,9%
	srovnané hodnoty	2	1,9%
	větší počet služeb	1	,9%
	psycholog	1	,9%
	zodpovědnost	1	,9%

Tabulka 16 - kategorizace odpovědí na otevřenou otázku č. 2

Třetí otevřená otázka byla tato: „Co Vám na pracovišti LD k udržení si duševní rovnováhy chybí?“

Výzkumná otázka: Co pracovníkům na pracovištích linek důvěry k udržení si duševní rovnováhy chybí?

Na tuto otázku odpovědělo 62 respondentů z celkových 111. Respondenti nejčastěji uváděli, že jim k udržení si duševní rovnováhy chybí lepší pracovní prostředí (18,5%), více času na odpočinek mezi kontakty (13%) nebo větší finanční a společenské ohodnocení (11,1%). Pracovníci z linek důvěry, na kterých je pracovník v době služby fyzicky sám, si přáli přítomnost dalšího pracovníka na pracovišti (11,1%). Naopak pracovníci těch linek důvěry, kterých je na službě více zároveň, by k udržení si duševní rovnováhy potřebovali více klidu a soukromí (11,1%). Někteří také odpověděli, že by jim pomohla možnost odejít na chvíli ven, nebo si zacvičit a protáhnout se. (7,4%) Několik respondentů také upozornilo na to, že by jim pomohlo mít v týmu více kolegů, aby odpadl stres z obsazenosti služeb (5,6%), nebo vzdělávání, a to i v oblasti duševní hygieny (5,6%). Více viz. Tab. 17.

		Count	Column Response % (Base: Count)
\$a42	lepší pracovní prostředí	10	18,5%
	čas na odpočinek	7	13,0%

	větší finanční a společenské ohodnocení	6	11,1%
	přítomnost kolegy	6	11,1%
	klid	6	11,1%
	soukromí	5	9,3%
	možnost odejít ven, zacvičit si, protáhnout se	4	7,4%
	ocenění ze strany vedení, osobnější přístup	3	5,6%
	více kolegů (aby odpadl stres z obsazenosti služeb)	3	5,6%
	vzdělávání (i v oblasti psychohygieny)	3	5,6%
	intervize	2	3,7%
	zpětná vazba	2	3,7%
	více kontaktů	2	3,7%
	jistota prostředků na provoz	2	3,7%
	neměnnost zavedených pravidel	2	3,7%
	více informací z vedení (transparentnost)	2	3,7%
	relaxační techniky	2	3,7%
	ventilace	2	3,7%
	neformální setkávání pracovníků	2	3,7%
	důvěra v kompetence pracovníků ze strany vedení	1	1,9%
	profesní růst	1	1,9%
	lepší systém předávání informací	1	1,9%
	externí supervize	1	1,9%
	více služeb	1	1,9%
	kratší směny	1	1,9%
	pestrost práce	1	1,9%
	vztahy na pracovišti	1	1,9%
	zkušenosti	1	1,9%

Tabulka 17- kategorizace odpovědí na otevřenou otázku č. 3

Čtvrtá otevřená otázka zněla: „Čeho byste naopak v rámci udržení si duševní rovnováhy potřebovali na pracovišti méně?“

Výzkumná otázka: Čeho by pracovníci linek důvěry potřebovali v rámci udržení si duševní rovnováhy na pracovišti méně?

Na tuto otázku odpovědělo 57 respondentů z celkových 111. Respondenti odpovídali, že by jim pomohlo méně povinností, formalit a byrokracie, které přímo nesouvisí s jejich pracovní náplní. Také uváděli, že by potřebovali méně povinných setkávání a nevhodných pracovních podmínek (hluk, zima, teplo, technické potíže). Dále respondenti ve svých odpovědích upozornili na to, že by potřebovali méně testovacích hovorů, kontroly ze strany nadřízených nebo nejistoty prostředků na provoz. Někteří také vypověděli, že by potřebovali méně služeb (nebo kratší služby) a náročných kontaktů. Více viz. Tab. 18.

		Count	Column Response % (Base: Count)
\$a43	povinnosti, formality, byrokracie, administrativa, povinná setkávání	14	28,6%
	nevhodné pracovní podmínky (hluk, teplo, zima, technické potíže)	11	22,4%
	testovací hovory	5	10,2%
	kontrola ze strany nadřízených	3	6,1%
	nejistota prostředků na provoz	3	6,1%
	služby (méně, kratší)	3	6,1%
	náročné kontakty	3	6,1%
	krizové směny (nedostatek personálu)	2	4,1%
	kontakty obecně	1	2,0%
	stejná témata v kontaktech	1	2,0%
	kartotéční klienti	1	2,0%
	služby s nesympatickým intervizorem, spolupracovníky	1	2,0%
	blbost, tupost a omezenost	1	2,0%
	kolegové na směně	1	2,0%
	noční směny	1	2,0%
	neustálé změny	1	2,0%
	agrese ze strany klientů	1	2,0%

Tabulka 18 - kategorizace odpovědí na otevřenou otázku č. 4

2.5 Možnosti využívání metod duševní hygieny na pracovištích linek důvěry

Jedním z cílů této diplomové práce bylo na základě výsledků výzkumu navrhnout možnosti, jak lze na pracovištích linek důvěry lépe využívat metod duševní hygieny. V této podkapitole se tedy pokusíme navrhnout, jak mohou pracovníci linek důvěry bojovat za pomoci metod duševní hygieny proti syndromu vyhoření a co pro ně v tomto ohledu mohou udělat sama pracoviště.

Z výsledků našeho výzkumu je patrné, že nedodržování vybraných zásad duševní hygieny souvisí s mírou vyhoření. Pokud tedy pracovníci budou dodržovat zásady, na které jsme se v našem dotazníku zaměřili (položky 20. - 30.), mohli by být proti vyhoření chráněni. Zvláště bychom pracovníkům doporučili dodržovat zásady, u kterých byla prokázána statisticky signifikantní souvislost s mírou vyhoření. Jedná se o:

- 1) věnování se ve svém volném čase vlastním zájmům
- 2) využívání možnosti krátké relaxace v pracovní době
- 3) využívání možnosti krátkého odpočinku během pracovního dne vždy, když se cítí unaveni

Ačkoli bylo zjištěno, že využívání možnosti krátké relaxace v pracovní době souvisí s menším výskytem vyhoření, pracovníci možnosti relaxace spíše nevyužívají. Z výsledků vyplývá, že většina pracovníků nevyužívá možnosti relaxace ve svém volném čase ani v pracovní době (viz. Tab. 13). Doporučili bychom tedy pracovníkům se na relaxaci zaměřit (zajistit si vzdělávání v této oblasti, inspirovat se v některých publikacích zabývajících se relaxací) a naučit se tuto metodu duševní hygieny v každodenním životě používat, najít si chvíli jen pro sebe.

V otevřených otázkách jsme se ptali také na to, co pracovníkům pomáhá udržet si v osobním životě duševní rovnováhu. Některé závěry se překrývají s doporučeními, na které jsme upozornili v předchozích odstavcích. Z hodnocení první otevřené otázky vyplynula pro pracovníky důležitost těchto možností využívání duševní hygieny:

1) funkční sociální opora a blízké vztahy (mít někoho, komu se můžete svěřit, komu důvěřujete - rodina, partner, přátelé, kolegové...)

2) věnování se ve volném čase sportu a dalším zájmům

3) odpočinek

4) zaměření se na to, co je pro pracovníka v životě opravdu důležité

5) podpora

6) oddělování práce a volného času

7) hledání smyslu v „linkařské“ práci

8) fyzická práce (může pomoci odreagovat se od té psychické)

9) pěstování smyslu pro humor, udržování si nadhledu

10) další vzdělávání

Dále jsme se v našem výzkumu věnovali možnostem, které pracovníkům mohou nabídnout samotná pracoviště linek důvěry. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že míra vyhoření souvisí s nespokojeností s pracovními podmínkami a prostředím. Také bylo prokázáno, že nedostatečná a pro pracovníky neužitečná zpětná vazba (od vedoucího, supervizora, intervizora, kolegů...) souvisí s vyhořením směrem ke klientům. Pracovištěm linek důvěry bychom tedy doporučili:

1) vytvoření vhodných pracovních podmínek a prostředí pro své pracovníky

2) zajištění dostatečné a pro pracovníky užitečné zpětné vazby k poskytování služby

V otevřených otázkách jsme se respondentů ptali na to, co pracovníkům linek důvěry pomáhá v pracovním životě udržet si duševní rovnováhu, co jim k udržení si duševní rovnováhy na pracovišti chybí a čeho by potřebovali naopak k udržení si duševní rovnováhy na pracovišti méně. Některé závěry se opět překrývají s doporučeními, na které jsme upozornili v předchozím odstavci. Z hodnocení 2., 3. a 4. otevřené otázky vyplynula

důležitost těchto forem duševní hygieny, které mohou pracoviště svým pracovníkům poskytovat:

1) zajištění vhodných pracovních podmínek a prostředí pro pracovníky (technické zázemí, vhodná teplota na pracovišti, klid, dostatečné soukromí, přiměřený plat)

2) zajištění kvalitní intervize a supervize

3) možnost krátkého odpočinku v pracovní době (např. po náročném kontaktu) – pokud je pracovník na službě sám, bylo by dobré mu na chvíli umožnit vyvěšení telefonů, pokud je pracovníků na službě více, v úvahu přichází „prostřídání“, aby si mohl dotyčný pracovník udělat krátkou pauzu, projít se, protáhnout se apod.

4) zajištění dostatečného ošetření pracovníka po náročném kontaktu (pokud lze, je vhodné zajistit debriefing, pokud to není v možnostech pracoviště, je třeba, aby byl vždy alespoň na telefonu kolega z týmu, vedoucí nebo intervizor, tedy někdo, komu může pracovník zavolat a kontakt s ním probrat)

5) dostatečné oceňování pracovníků za dobře odvedenou práci

6) dostatečné personální zajištění služby

7) zajištění dostatečného množství finančních prostředků na provoz pracoviště, informování pracovníků o tom, co se děje ve vedení služby (otevřenost vůči pracovníkům)

8) vytvoření funkčního systému dalšího vzdělávání, podpora pracovníků ve vzdělávání v oblasti duševní hygieny

9) nezatěžování pracovníků administrativou a povinnostmi, které nemají ve své náplni práce

10) vytvoření funkčního systému kontroly a hodnocení pracovníků

2.6 Shrnutí výsledků

Empirická část měla za cíl zmapovat životní styl pracovníků linek důvěry. Zjistili jsme, že většina pracovníků dodržuje téměř všechny vybrané zásady duševní hygieny a pravidla zdravé výživy. Chodí spát a vstávají přibližně ve stejnou dobu, spí 6 – 8 hodin denně. Také se většina z nich věnuje ve svém volném čase sportu i svým vlastním zájmům. Dále jsme zjistili, že většina pracovníků nevyužívá možnosti relaxace ve svém volném čase ani v pracovní době, během pracovní doby se spíše neprotáhnou nebo si nezacvičí.

Dalším cílem bylo zmapování pracovních podmínek a forem duševní hygieny, které svým pracovníkům pracoviště linek důvěry poskytují. Zjistili jsme, že téměř všichni pracovníci mají možnost si po náročném kontaktu a po skončení služby pohovořit s někým z týmu, také mají možnost skupinové supervize a individuální intervize. Většina pracovníků ke své práci dostává dostatečnou zpětnou vazbu, jsou spokojeni s pracovními podmínkami, prostředím a systémem dalšího vzdělávání, mají také většinou možnost skupinových intervizí a individuálních supervizí.

Dále jsme zjišťovali míru vyhoření pracovníků linek důvěry. Výsledky dotazníku ukázaly, že u 26 respondentů (28,9%) z celkových 111 bylo zaznamenáno osobní vyhoření, u 25 respondentů (27,8%) vyhoření směrem ke klientům a u 24 respondentů (26,6%) bylo zaznamenáno pracovní vyhoření.

Byla potvrzena hypotéza o tom, že větší míra dodržování vybraných zásad duševní hygieny má u pracovníků linek důvěry vztah s menším výskytem syndromu vyhoření. Ostatní hypotézy týkající se vztahu mezi sociodemografickými údaji (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe, typ pracovního úvazku na pracovišti a mimo ně) a mírou vyhoření nebyly potvrzeny.

Zaměřili jsme se také na zjišťování skutečností, které mají vztah s menším výskytem syndromu vyhoření. Zjistili jsme, že tím klíčovým je zejména věnování se vlastním zájmům ve volném čase, možnost krátké relaxace a odpočinku během pracovní doby a spokojenost s pracovními podmínkami a prostředím. Dostatečná a pro pracovníky užitečná zpětná vazba souvisí s menším výskytem vyhoření směrem ke klientům. Také jsme se zabývali tím, co

pracovníkům linek důvěry na pracovišti k udržení si duševní rovnováhy chybí a čeho by potřebovali naopak méně. Na základě toho jsme navrhli možnosti využití metod duševní hygieny na pracovištích LD.

2.7 Diskuse

Součástí této diplomové práce by mělo být krátké zamyšlení nad nedostatky a omezeními, které se v ní objevily a samozřejmě také srovnání výsledků s výsledky jiných studií, které se tomuto tématu věnovaly.

Nejdříve tedy ke srovnání s ostatními studiemi. Z výsledků našeho výzkumu vyplynulo, že některé vybrané metody duševní hygieny mají vztah s menším výskytem vyhoření. Zvláště pak krátký odpočinek a krátká relaxace v pracovní době, věnování se zájmům ve svém volném čase a spokojenost s pracovními podmínkami a prostředím se ukázaly být těmi položkami, u kterých byl vztah s menším výskytem vyhoření prokázán.

Podle Trenberth (2005) je způsob trávení volného času účinnou copingovou strategií, což potvrzují i naše výsledky. Také Corazon et al. (2010) zjistila souvislost mezi volnočasovými aktivitami a činnostmi, které vedou ke zmírňování stresu.

Na vztah mezi krátkou jógovou relaxací a zmírněním akutního stresu upozornili Rizzolo et al. (2009). Výsledky jejich studie ukázaly, že půlhodinové cvičení jógy dokázalo výrazně zmírnit akutní stres. Také naše výsledky hovoří o krátké relaxaci během pracovní doby jako o významném protektivním faktoru působícím vůči vyhoření.

O'Mahony (2011) upozornila na vztah mezi vyhořením a nevhodným pracovním prostředím u zdravotních sester. Výsledky našeho výzkumu také ukázaly na spokojenost s pracovními podmínkami a prostředím jako na důležitý protektivní faktor.

Předpokládali jsme, že významným protektivním faktorem vůči vyhoření bude také sociální opora, jejíž nedostatek podle Kebzy a Šolcové (2003) koreluje pozitivně s burnout syndromem. V našem výzkumu tato korelace nebyla prokázána. Tato skutečnost mohla být

ovlivněna formulací otázky. Ptali jsme se pouze na přítomnost sociální opory. Nikoli na její funkčnost či na skutečnost, jestli respondenti sociální oporu vyhledávají. Téměř všichni respondenti uvedli, že mají ve svém okolí někoho, na koho se mohou obrátit ve složité situaci, komu se mohou svěřit se svými starostmi. Přesto byli někteří z nich vyhořelí. Na druhou stranu v otevřených otázkách se jako nejčastější odpověď na otázku, co jim pomáhá udržet si duševní rovnováhu v osobním životě a na pracovišti, objevovala odpověď rodina, přátelé, partner, kolegové. Ačkoli tedy nebyla prokázána korelace mezi sociální oporou a dosaženou mírou vyhoření, označovali ji respondenti jako důležitý protektivní faktor.

Také jsme očekávali korelaci mezi nepřítomností supervize, intervize, popř. debriefingu na pracovišti a vyhořením. Tento vztah se nepotvrdil, naopak jsme zaznamenali negativní korelaci mezi individuální intervizí a vyhořením. Jak jsme již zmínili, tento vztah mohl být ovlivněn vnímáním individuální intervize jako nástroje kontroly. Skutečnost, že nebyl prokázán žádný vztah mezi nepřítomností supervize, intervize a vyhořením, mohla být opět ovlivněna formulací otázky, ptali jsme se na pouhou přítomnost supervize a intervize na pracovištích linek, nikoli na jejich funkčnost či spokojenost pracovníků s tím, jak supervize a intervize probíhají. Ačkoli byl několika studiemi prokázán vztah mezi supervizí a mírou stresu u pracovníků (Pearlman a Mac Ian, 1995; Doyle et al. 1977), vztah mezi supervizí a vyhořením nebyl v našem výzkumu prokázán. Opět však musíme zmínit, že v odpovědích na otevřenou otázku dotazující se na skutečnosti, které pracovníkům pomáhají udržet si duševní rovnováhu na pracovišti, se objevovala intervize a supervize poměrně často (intervizi zmínilo 23 respondentů, tj. 21,5%, supervizi 13, tj. 12,1%).

Kretová-Lisá a Budaiová (2007) zkoumaly vyhoření u sociálních pracovníků. Jako účinný preventivní činitel se ukázal stupeň dosaženého vzdělání. Tato skutečnost v našem výzkumu nebyla prokázána. Důvodem však může být slabé zastoupení nižších vzdělanostních kategorií, které neumožňuje srovnání. Nenašli jsme také žádnou souvislost mezi sociodemografickými údaji respondentů (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, délka praxe, typ pracovního úvazku na pracovišti a mimo ně) a mírou vyhoření, ačkoli v některých výzkumech (např. Innstrand et al., 2011; Sundin et al., 2011; Tekindal et al., 2012; Vlachovská, 2011; Xie et al., 2011) tato souvislost prokázána byla. Naše výsledky mohou být vysvětleny menším vzorkem respondentů a jeho specifickým složením.

Co se týče počtů vyhořelých respondentů v našem výzkumu, které zachytil dotazník CBI, srovnali jsme výsledky s Vlachovskou (2011) a Kristensen et al. (2005), které ve svých studiích použili stejnou metodu. Vlachovská (2011) posuzovala míru vyhoření u lékařů, zdravotních sester, učitelů a sociálních pracovníků, do kontrolní skupiny byli vybráni dělníci a studenti. U škály osobního vyhoření zaznamenala Vlachovská (2011) průměrnou hodnotu 234, v našem vzorku byla průměrná hodnota 247, jedná se o podobný výsledek. U škály vyhoření vůči klientům uvádí Vlachovská (2011) průměrnou hodnotu 179, v našich výsledcích se objevuje průměrná hodnota 233. Zde se jedná o poměrně rozdílná čísla, výsledky mohou být ovlivněny rozdílným vzorkem respondentů. Autorka bohužel neuvádí průměrnou hodnotu pouze pro sociální pracovníky (10% jejího vzorku), toto srovnání by možná přineslo podobnější výsledky. Poměrně velký rozdíl byl zaznamenán také u škály osobního vyhoření. Průměrná hodnota ve studii Vlachovské (2011) byla 247, v našem výzkumu byla zaznamenána průměrná hodnota 294.

Kristensen et al. (2005) posuzovala míru vyhoření u různých povolání, mimo jiné také u sociálních pracovníků. Použila však jiné skórování. Zatímco Vlachovská (2011) vycházela při výpočtu průměrné hodnoty ze skórování 0 – 300 nebo 0 – 350 u jednotlivých škál, Kristensen et al. (2005) volili skórování 0 – 100. Abychom mohli naše výsledky srovnat s oběma studiemi, vypočetli jsme průměrné hodnoty oběma způsoby. Kristensen et al. (2005) zaznamenali ve své studii u sociálních pracovníků na škále osobního vyhoření průměrnou hodnotu 38,8, u pracovního vyhoření 35,8 a u vyhoření směrem ke klientům 33,1. Ve výsledcích našeho výzkumu se objevují tyto průměrné hodnoty: osobní vyhoření = 41,1, pracovní vyhoření = 42,1 a vyhoření směrem ke klientům = 38,9. Ze srovnání je patrné, že pracovníci linek důvěry z našeho vzorku dosahují ve všech třech oblastech vyšší průměrné hodnoty. Podobný je ovšem trend odpovědí. Nižší je u obou vzorků vyhoření směrem ke klientům. Vyšší hodnoty v našem může vysvětlovat skutečnost, že Kristensen et al. (2005) zařadila do vzorku sociální pracovníky, neuvádí však, v jakých zařízeních jsou tito sociální pracovníci zaměstnáni. Neuvádí, zda její respondenti pracují s klienty, zda poskytují krizovou intervenci či nikoli. Vyšší míra vyhoření v našem vzorku by tedy mohla být vysvětlena specifiky práce v oblasti telefonické krizové intervence a její zvýšenou náročností co se týče prožívané míry každodenního stresu.

Na tomto místě bychom se také měli věnovat nedostatkům a omezením této diplomové práce.

Co se týče odborné literatury, v několika případech čerpám z českých a slovenských zdrojů, které byly vydány před více než 30 - ti lety. Souvisí to se skutečností, že v té době se u nás téma duševní hygieny stalo poměrně populárním a začaly se jím zabývat i odborné publikace. V dnešní době se již pojem duševní hygieny v literatuře příliš neobjevuje, bývá nahrazován jinými pojmy. Také v zahraniční literatuře bývá pojem „mental hygiene“ (duševní hygiena) nahrazován novějšími pojmy jako například „burnout prevention“ (prevence vyhoření). Abych však dostala názvu své diplomové práce, mohla duševní hygienu definovat a blíže se jí věnovat, potřebovala jsem čerpat i ze starších zdrojů.

Dále bych se na tomto místě chtěla věnovat volbě výzkumného nástroje. I zde samozřejmě zaznamenáváme určitá omezení, která mohla ovlivnit výsledky celého výzkumu. Jako výzkumný nástroj jsem zvolila dotazník, přesněji dva dotazníky. Jedním z dotazníků byl dotazník CBI, zaměřený na syndrom vyhoření. Druhý dotazník jsme sestavili z vlastních otázek, které měly za cíl mapovat zdravý životní styl pracovníků, dodržování vybraných zásad duševní hygieny a podmínek a forem duševní hygieny, které respondentům poskytují pracoviště linek důvěry. Do elektronické podoby, ve které jsme dotazník respondentům rozesílali, jsme tyto dva dotazníky sloučili do jednoho.

Asi největším úskalím se ukázala být volba vlastních otázek v použitém dotazníku. Při jejich tvorbě jsme vycházeli z odborné literatury týkající se duševní hygieny, zdravého životního stylu a prevence vyhoření a z prostudovaných výzkumů. Otázky byly několikrát přeformulovány, změněny, snažili jsme se pokrýt celou oblast duševní hygieny. Tato oblast je však poměrně široká, zvolili jsme tedy takové položky, které se týkají spíše zdravého životního stylu. Jedná se o oblasti, které nejsou člověku pevně dané, na kterých může pracovat, své návyky měnit. Z hlediska toho, že jsme si dali za cíl také navrhnout, jak mohou pracovníci linek důvěry bojovat proti vyhoření, záměrně jsme volili otázky na tyto oblasti, na kterých mohou respondenti dále pracovat. Co se týče duševní hygieny a zdravého životního stylu, jedná se o dva téměř totožné pojmy. Zdravému životnímu stylu jsem se podrobněji nevěnovala z toho důvodu, že jej vnímám jako „podmnožinu“ duševní hygieny, kterou jsem v teoretické práci rozpracovala poměrně dopodrobna, věnovala jsem se tedy i jednotlivým oblastem zdravého životního stylu, jako je spánek, pohyb, výživa apod.

V druhém okruhu vlastních otázek jsme se zaměřili na podmínky a formy duševní hygieny, které respondentům poskytují pracoviště linek důvěry. Přemýšleli jsme nad tím, jak otázky co nejlépe zformulovat a napadalo nás, zda se ptát pouze na přítomnost forem duševní

hygieny na pracovištích nebo na spokojenost s poskytovanými formami. Nakonec jsme zvolili kombinaci obou, hlavním cílem bylo totiž zmapovat podmínky na pracovištích. Kdybychom mohli však nyní otázky formulovat znovu, zaměřili bychom se především na spokojenost poskytovaných forem. Pouhá jejich přítomnost na pracovištích totiž ještě nezaručuje spokojenost pracovníků s nimi.

Jedním z omezení našeho výzkumu může být také vybraný vzorek. Náš výzkum je zaměřen na formy duševní hygieny a prevenci vyhoření. Otázkou je, zda se do výzkumu zapojili skutečně vyhořelí pracovníci linek důvěry. Pokud jsou skutečně vyhořelí, budou motivováni k tomu vyplnit dotazník? Budou chtít odpovídat na otevřené otázky? Spíše ne. Můžeme tedy předpokládat, že rozložení ve vzorku respondentů nemusí plně odpovídat jejich rozložení na pracovištích linek důvěry. Abychom si utvořili na problematiku ucelenější pohled, mohli jsme dotazník také doplnit o rozhovory s respondenty, kvalitativní výzkum. To je však spíše námět na rozšíření této práce do budoucna.

Co se týče našeho vzorku respondentů, nemůžeme tvrdit, že je zcela reprezentativní. Vlastnosti souboru všech pracovníků linek důvěry v České republice však vzhledem k chybějícím statistickým údajům (počet lidí pracujících v této oblasti, zastoupení žen a mužů, typ úvazků, věkové zastoupení atd.) můžeme pouze odhadovat. Vzorek respondentů není na kvantitativní výzkum příliš rozsáhlý. Na druhou stranu, jak jsem již uvedla, pracovníci linek důvěry jsou opravdu specifickou a ne příliš početnou populací. Data jsme sbírali během února 2012, celkově 14 dní, což mohlo být pro respondenty limitující. Uvědomujeme si, že pokud bychom sbírali data delší dobu, mohli jsme získat větší množství respondentů. O tom svědčí skutečnost, že i po datu, ke kterému mohli respondenti dotazník nejpozději vyplnit, chodily další vyplněné dotazníky, které jsme pak již nemohli z důvodu probíhajícího zpracování dat do výzkumu zařadit. Největší návratnost dotazníků byla však během prvních tří dnů po rozeslání výzvy. Pracovníci linek důvěry byli osloveni formou e-mailu, ve kterém jsme jim přiblížili zaměření diplomové práce a přiložili odkaz, na kterém mohli dotazník vyplnit. Po prvním týdnu vyplňování jsme pracovníky kvůli nedostatku respondentů kontaktovali opakovaně. Tuto formu kontaktování respondentů jsme volili záměrně, protože jsme ji vyhodnotili jako nejjednodušší cestu k oslovení co největšího spektra respondentů v co nejkratším čase. Na druhou stranu uznáváme, že tato forma je poněkud neosobní a motivovat pracovníky k vyplnění tedy nebývá tolik účinné a návratnost nebývá stejně velká jako při osobním oslovení nebo při využití papírové formy dotazníků.

Při vyhodnocování otevřených otázek jsme volili kategorizaci odpovědí. Tvorba kategorií byla díky širokému spektru odpovědí poměrně obtížná. Také z toho důvodu jsme přistoupili k většímu množství vytvořených kategorií. Při redukování na několik obecných kategorií by navíc zanikla originalita některých odpovědí a nápadů, které by mohly být inspirací pro ostatní pracovníky a čtenáře.

Závěr

V dnešní uspěchané době je téma duševní hygieny a prevence syndromu vyhoření velmi aktuální. Syndrom vyhoření se stal pojmem, který je skloňován v mnoha pádech. A v pomáhajících profesích obzvláště.

Není divu, lidé se dnes snadněji než kdy jindy mohou ocitnout v tíživé a bezvýchodné situaci, se kterou se pak obrací právě na pracovníky linek důvěry. Ti si každodenně vyslechnou velmi těžké a někdy neřešitelné situace klientů. Pokud se o sebe pracovníci neumí dobře postarat, mohou je tyto příběhy klientů silně zasáhnout. Mohou si vyčítat, co mohli udělat v kontaktu lépe a jinak. Mohou se obávat dalších podobných kontaktů. Vydávají ze sebe maximum, aby motivovali klienta k tomu zkusit i jiná řešení, než je například sebevražda. V některých případech klienta doprovázejí, pokud nechce být v okamžiku smrti sám. Setkávají se se započatými sebevražednými pokusy, se smrtí, bezmocí, bolestí. To vše může u pracovníků vést k pocitům vyhoření.

Každodenní „chléb“ pracovníků linek důvěry může být někdy hodně tvrdý. Proto je důležité, aby pracovníci linek důvěry věděli, jak účinně proti stresu bojovat. Aby si uvědomovali, co se jim samotným v takových situacích osvědčilo. Co jim pomohlo po náročném kontaktu, ať už je to možnost s někým kontakt probrat, nebo si na chvíli vypnout telefon, uvolnit se a dát si třeba kousek čokolády.

Stejně důležité je také uvědomovat si, co může k udržení si duševní rovnováhy pomáhat ve volném čase, při jakých činnostech si od pracovních povinností nejlépe odpočinou a zregenerují své síly.

Jedním z cílů mé diplomové práce bylo vytvořit návrh, jak proti stresu účinně bojovat a jak v tom pracovníkům mohou pomáhat sama pracoviště linek důvěry. Myslím si, že se z výsledků našeho výzkumu podařilo sestavit praktické výstupy a doporučení s přesahem do praxe. Respondentům bylo nabídnuto, že mohou být po zpracování dat s výstupy seznámeni. Někteří o tuto možnost projevili aktivní zájem. Zdá se tedy, že i pro pracovníky může být toto téma zajímavé, aktuální a palčivé.

Jedna moje kolegyně z linky důvěry mi poté, co vyplnila dotazník k této diplomové práci, sdělila, že již samotné vyplnění pro ni bylo v několika věcech užitečné a přínosné. Jenom tím, že se na chvíli zastavila a uvědomila si, které věci jí pomáhají předcházet vyhoření, které ji nabíjejí energií. Také si uvědomila, že na své zájmy v posledních měsících neměla čas. A řekla mi, že se těší na to, jak se k některým svým zájmům a koníčkům vrátí, udělá si čas sama na sebe a na své blízké a bude o sebe lépe pečovat.

Pokud tato práce přiměla některého z pracovníků linek důvěry se na chvíli zastavit a přemýšlet, jakým způsobem se stará o to, aby byl ve svém životě a ve své profesi spokojený, uvědomit si, co je pro něj skutečně důležité a co si může naopak dovolit „vypustit“, nechat prostě jen tak „plavat“, pak měla moje práce smysl.

Seznam použité literatury

1. ASNER, Marie. Avoid burnout: Change your style. *The American Music Teacher* [online]. Dec 1994, roč. 44, č. 3 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/217493596?accountid=35514>
2. BARTKO, Daniel. Moderná psychohygiena. 5.vyd. Bratislava: Obzor, 1984, 481 s.
3. BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
4. BEDRNOVÁ, Eva. Duševní hygiena a sebeřízení. Vyd. 1. Praha: Vysoká škola ekonomická, 1996, 190 s. ISBN 80-707-9019-9.
5. BEDRNOVÁ, Eva. Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1999, 157 s. ISBN 80-716-8681-6.
6. BEDRNOVÁ, Eva. Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2009, 359 s. ISBN 978-807-2611-980.
7. BERKMAN, Lisa F. a Lester BRESLOW. Health and ways of living: the Alameda County study. New York: Oxford University Press, 1983, 237 s. ISBN 01-950-3216-0.
8. BJÖRLING, Elin A. The Momentary Relationship Between Stress and Headaches in Adolescent Girls. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* [online]. 2009, roč. 49, č. 8, s. 1186-1197 [cit. 2012-03-06]. ISSN 00178748. DOI: 10.1111/j.1526-

4610.2009.01406.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1526-4610.2009.01406.x>

9. BROWN, Tom M., Ian M. PULLEN a Allen I. F. SCOTT. Emergentní psychiatrie. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1992.
10. BRUMBY, Susan, Amanda CHANDRASEKARA, Scott MCCOOMBE, Susan TORRES, Peter KREMER a Paul LEWANDOWSKI. Reducing psychological distress and obesity in Australian farmers by promoting physical activity. *BMC Public Health* [online]. 2011, roč. 11, č. 1, s. 362- [cit. 2012-03-06]. ISSN 1471-2458. DOI: 10.1186/1471-2458-11-362. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/362>
11. BUI, J., A. HODGE, A. SHACKELFORD a J. ACSELL. Factors contributing to burnout among perfusionists in the United States. *Perfusion* [online]. 2011-10-25, roč. 26, č. 6, s. 461-466 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0267-6591. DOI: 10.1177/0267659111411521. Dostupné z: <http://prf.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0267659111411521>
12. CORAZON, Sus S., Ulrika K. STIGSDOTTER, Ola EKHOLM, Pia V. PEDERSEN, Massimiliano SCOPELLITI a M. Vittoria GIULIANI. Activities to Alleviate Stress and the Association with Leisure Time Activities, Socioeconomic Status, and General Health. *Journal of Applied Biobehavioral Research* [online]. 2010, roč. 15, č. 4, s. 161-174 [cit. 2012-03-06]. ISSN 10712089. DOI: 10.1111/j.1751-9861.2011.00059.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1751-9861.2011.00059.x>
13. DOLEŽAL, Jan. Hygiena duševního života. 1.vyd. Praha: Orbis, 1961, 378 s.
14. DOYLE, William W., Milton E. FOREMAN a Elizabeth WALES. Effects of supervision in the training of nonprofessional crisis-intervention counselors. *Journal of Counseling Psychology* [online]. 1977, roč. 24, č. 1, s. 72-78 [cit. 2012-03-08].

ISSN 0022-0167. DOI: 10.1037/0022-0167.24.1.72. Dostupné z:
<http://content.apa.org/journals/cou/24/1/72>

15. DROTÁROVÁ, Eva a Lucia DROTÁROVÁ. Relaxační metody: malá encyklopedie. 1. vyd. Praha: EPOCH, 2003, 247 s. ISBN 80-863-2812-0.
16. EIS, Zdeněk. Supervize v psychoterapii. 1. Praha: Pražský psychoterapeutický institut, 1995, 89 s. ISBN 80-901-7102-8.
17. EIS, Zdeněk. Volejte linku důvěry!: co s krizemi, které nás potkávají. 1.vyd. Jinočany: H, 1993, 122 s. ISBN 80-854-6720-8.
18. EDWARDS, Deborah, Philip BURNARD, Ben HANNIGAN, Linda COOPER, John ADAMS, Tara JUGGESSUR, Anne FOTHERGIL a Dave COYLE. Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing* [online]. 2006, roč. 15, č. 8, s. 1007-1015 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0962-1067. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01370.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2702.2006.01370.x>
19. FEARON, Christina a Maggie NICOL. Strategies to assist prevention of burnout in nursing staff. *Nursing Standard* [online]. 12/7/2011, Vol. 26, Issue 14, p35-39 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=69810498&site=ehost-live>
20. FOŘT, Petr. Výživa pro dokonalou kondici a zdraví. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 181 s. ISBN 80-247-1057-9
21. FREUDENBERGER, Herbert J. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* [online]. Winter 1974, 30(1), 159-165 [cit. 2012-01-16]. DOI: 10.1111/j.1540-

4560.1974.tb00706.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

22. GEDDES, Linda. The rhythms of life. *New Scientist* [online]. London: Reed Business Information, 2011, Vol. 212(Issue 2833), p42-44 [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=27&hid=111&sid=0ac8cbb8-18bb-4ab3-9e59223f23db2545%40sessionmgr112&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a>
23. GHONCHEH, Shahyad a Jonathan C. SMITH. Progressive muscle relaxation, yoga stretching, and ABC relaxation theory. *Journal of Clinical Psychology* [online]. 2004, roč. 60, č. 1, s. 131-136 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0021-9762. DOI: 10.1002/jclp.10194. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/jclp.10194>
24. GROEGER, J. A., F. R. H. ZIJLSTRA a D.-J. DIJK. Sleep quantity, sleep difficulties and their perceived consequences in a representative sample of some 2000 British adults. *Journal of Sleep Research* [online]. 2004, roč. 13, č. 4, s. 359-371 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0962-1105. DOI: 10.1111/j.1365-2869.2004.00418.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2869.2004.00418.x>
25. GOODIN, Robert E., James Mahmud RICE, Michael BITTMAN a Peter SAUNDERS. The Time-Pressure Illusion: Discretionary Time vs. Free Time. *Social Indicators Research* [online]. 2005, roč. 73, č. 1, s. 43-70 [cit. 2012-03-06]. ISSN 0303-8300. DOI: 10.1007/s11205-004-4642-9. Dostupné z: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s11205-004-4642-9>
26. HARRISON, Richard L. a Marvin J. WESTWOOD. Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: Identifying protective practices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* [online]. 2009, roč.

46, č. 2, s. 203-219 [cit. 2012-03-07]. ISSN 1939-1536. DOI: 10.1037/a0016081.
Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0016081>

27. HAVRDOVÁ, Zuzana, Iva ŠOLCOVÁ, Dana HRADCOVÁ a Eva ROHANOVÁ. KULTURA ORGANIZACE A SYNDROM VYHOŘENÍ. *Československá psychologie* [online]. 2010, roč. LIV, č. 3 [cit. 2012-03-08]. ISSN 0009-062x. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=52655334&site=ehost-live>
28. HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, 202 s. ISBN 80-717-8715-9.
29. HÄFNER, Alexander a Armin STOCK. Time Management Training and Perceived Control of Time at Work. *Journal of Psychology* [online]. Sep/Oct2010, Vol. 144, Issue 5, p429-447 [cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=52341878&site=ehost-live>
30. HOLMES, Thomas H. a Richard H. RAHE. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. 1967, 11(2), 213-218 [cit. 2012-01-16]. DOI: 10.1016/0022-3999(67)90010-4. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0022399967900104>
31. HOMER, Jack B. Worker burnout: A dynamic model with implications for prevention and control. *System Dynamics Review* [online]. 1985, roč. 1, č. 1, s. 42-62 [cit. 2012-03-08]. ISSN 08837066. DOI: 10.1002/sdr.4260010105. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/sdr.4260010105>
32. HYYPPÄ, Markku T., Erkki KRONHOLM a Erkki ALANEN. Quality of sleep during economic recession in Finland: A longitudinal cohort study. *Social Science &*

Medicine [online]. 1997, Volume 45, Issue 5, p731-738 [cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953696004078?via=sd>

33. INNSTRAND, Siw Tone, Ellen Melbye LANGBALLE, Erik FALKUM a Olaf Gjerløw AASLAND. Exploring within- and between-gender differences in burnout: 8 different occupational groups. *International Archives of Occupational and Environmental Health* [online]. 2011, roč. 84, č. 7, s. 813-824 [cit. 2012-03-30]. ISSN 0340-0131. DOI: 10.1007/s00420-011-0667-y. Dostupné z: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s00420-011-0667-y>
34. JANSSON-FRÖJMARK, Markus a Karin LINDBLOM. Is There a Bidirectional Link Between Insomnia and Burnout? A Prospective Study in the Swedish Workforce. *International Journal of Behavioral Medicine* [online]. 2010, roč. 17, č. 4, s. 306-313 [cit. 2012-03-07]. ISSN 1070-5503. DOI: 10.1007/s12529-010-9107-8. Dostupné z: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/s12529-010-9107-8>
35. JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. Syndrom vyhoření. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-869-9174-1.
36. JENKINS, Sharon Rae. Social support and debriefing efficacy among emergency medical Workers After a Mass Shooting Incident. *Journal of social behavior and personality* [online]. Sep1996, Vol. 11, Issue 3, p477-492 [cit. 2012-03-08]. ISSN 0886-1641. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=9610200466&site=ehost-live>
37. KANJI, Nasim, Adrian WHITE a Edzard ERNST. Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2006, roč. 53, č. 6, s. 729-735 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0309-2402. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03779.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2006.03779.x>

38. KAPLAN, R. M., M. T. Toshima. The functional effects of social relationships on chronic illness and disability. In SARASON, Barbara R., Irwin G. SARASON a Gregory R. PIERCE. *Social support: an interactional view*. New York: J. Wiley, c1990, 528 s. ISBN 04-716-0624-3.
39. KEARNS, Hugh a Maria GARDINER. Is it time well spent? The relationship between time management behaviours, perceived effectiveness and work-related morale and distress in a university context. *Higher Education Research* [online]. 2007, roč. 26, č. 2, s. 235-247 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0729-4360. DOI: 10.1080/07294360701310839. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07294360701310839>
40. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 1998, roč. XLII, č. 5, s. 429–448. ISSN 0009-062x.
41. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie* [online]. 1999, roč. XLIII, č. I [cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://cspych.psu.cas.cz/result.php?from=147&to=147>
42. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 23 s. ISBN 80-707-1231-7.
43. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Syndrom vyhoření - rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2008, roč. 52, č. 4, s. 351-365. ISSN 0009-062x.
44. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie* [online]. 2010, roč. 54, č. 1, p1-16 [cit. 2012-03-08]. ISSN 0009-062x.

Dostupné

z:

<http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2010-04847-001&site=ehost-live>

45. KINZEL, Audrey a Jo NANSON. Education and debriefing: Strategies for preventing crises in crisis-line volunteers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* [online]. 2000, roč. 21, č. 3, p126-134 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=cri-21-3-126&site=ehost-live>
46. KNOPPOVÁ, Daniela, Radvan BAHBOUH a Bohumila BAŠTECKÁ. Telefonická krizová intervence: linka důvěry. 1.vyd. Praha: Nadace psychosociální pomoci REMEDIUM, 1997. 303 s.
47. KONDAŠ, Ondrej. Psychoterapia a reedukácia: učebnica pre filozofické fakulty. 1.vyd. Martin: Osveta, 1985, 291 s.
48. KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, 147 s. ISBN 80-736-7181-6.
49. KRANNER, Ilse, Farida V. MINIBAYEVA, Richard P. BECKETT a Charlotte E. SEAL. What is stress? Concepts, definitions and applications in seed science. *New Psychologist* [online]. Nov2010, Vol. 188 (Issue 3), 655 – 673 [cit. 2012-01-16]. DOI: 10.1111/j.1469-8137.2010.03461. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=108&sid=751c8fb4-504e-498d-bda7-33852ff4a4b3%40sessionmgr113>
50. KRETOVÁ-LISÁ, Elena a Viera BUDAIOVÁ. SYNDRÓM VYHORENIA U SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV A ICH PREDSTAVY O PREVENCII A INTERVENCII. *Crisis the journal of crisis intervention and suicide prevention* [online]. 2000, roč. 21, č. 3, p233-249 [cit. 2012-03-08]. ISSN 2151-2396.

Dostupné

z:

<http://search.proquest.com.ezproxy.is.cuni.cz/docview/226905888/135598853B663C51DFE/1?accountid=35514>

51. KRIPKE, D. F. Mortality Associated With Sleep Duration and Insomnia. *Archives of General Psychiatry* [online]. roč. 59, č. 2, s. 131-136 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0003990X. DOI: 10.1001/archpsyc.59.2.131. Dostupné z: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/doi/10.1001/archpsyc.59.2.131>
52. KRISTENSEN, Tage S., Marianne BORRITZ, Ebbe VILLADSEN a Karl B. CHRISTENSEN. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work* [online]. 2005, roč. 19, č. 3, s. 192-207 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0267-8373. DOI: 10.1080/02678370500297720.
53. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. 1.vyd. Praha: Grada, 1998, 131 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-716-9551-3.
54. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat stres. 1.vyd. Praha: Grada - Avicenum, 1994, 190 s. ISBN 80-716-9121-6.
55. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologická rehabilitace zdravotně postižených: jak zlepšovat psychický stav nemocných. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1985, 163 s.
56. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. 2.vyd. Praha: Portál, 2003, 279 s. ISBN 80-717-8774-4.
57. KUBIŠOVÁ, Jana. Doporučené postupy v péči o chronické pacienty – poradenství při nespavosti. *Praktické lékařství* [online]. 2010, roč. 6, č. 4, s. 200-206 [cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2010/04/10.pdf>

58. LAZARUS, Richard S. Psychological stress and the coping process. 1.vyd. New York: McGraw-Hill, 1966, 466 s.

59. LÄNGLE, Alfried. Burnout – Existential Meaning and Possibilities of Prevention. *European Psychotherapy*[online]. 2003, Vol. 4, No. 1., p107-121 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z: <http://www.xn--lnge-gra.com/downloads/Burnout%20-%20EP%2003.pdf>

60. LI, R. H. Y., Y. K. WING, S. C. HO a S. Y. FONG. Gender differences in insomnia - a study in the Hong Kong Chinese population. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. roč. 53, č. 1, s. 601-609 [cit. 2012-03-07]. ISSN 00223999. DOI: 10.1016/S0022-3999(02)00437-3. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399902004373>

61. LINLEY, P. Alex a Stephen JOSEPH. Therapy Work and Therapists' Positive and Negative Well?Being. *Journal of Social and Clinical Psychology* [online]. 2007, roč. 26, č. 3, s. 385-403 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0736-7236. DOI: 10.1521/jscp.2007.26.3.385. Dostupné z: <http://guilfordjournals.com/doi/abs/10.1521/jscp.2007.26.3.385>

62. MACKENZIE, Natalie Gingerich. The Right Yoga For You. Prevention [online]. Oct2011, Vol. 63(Issue 10), p32-35 [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=5&hid=111&sid=0f631cdf-9418-48ec-a4cf-b41474315c1f%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=65433280>

63. MACHAČ, M., H. MACHAČOVÁ a J. HOSKOVEC. Duševní hygiena a prevence zátěže. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.

64. MALAKH-PINES, Ayala, Elliot ARONSON a Ditsa KAFRY. *Burnout: from tedium to personal growth*. New York: Free Press, c1981, 229 s. ISBN 00-292-5350-0.
65. MASLACH, Christina a Julie GOLDBERG. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology* [online]. 1998, roč. 7, č. 1, s. 63-74 [cit. 2012-03-07]. ISSN 09621849. DOI: 10.1016/S0962-1849(98)80022-X. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S096218499880022X>
66. MASSEY, Emma K., Nadia GARNEFSKI, Winifred A. GEBHARDT a Rien VAN DER LEEDEN. Daily Frustration, Cognitive Coping and Coping Efficacy in Adolescent Headache: A Daily Diary Study. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* [online]. Sep2009, 49(8), 1198-1205 [cit. 2012-01-17]. DOI: 10.1111/j.1526-4610.2009.01492.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1526-4610.2009.01492.x>
67. MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-717-8473-7.
68. MCCANN, I. Lisa a Laurie Anne PEARLMAN. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress* [online]. 1990, roč. 3, č. 1, s. 131-149 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0894-9867. DOI: 10.1007/BF00975140. Dostupné z: <http://www.springerlink.com/index/10.1007/BF00975140>
69. Mental health. World Health Organization [online]. 2012 [cit. 2012-01-16]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/mental_health/en/
70. Mental hygiene. Columbia Electronic Encyclopedia [online]. 6th Edition. Columbia University Press, 11/1/2011 [cit. 2012-01-16]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=9&hid=108&sid=751c8fb4-504e-498d-bda7>

33852ff4a4b3%40sessionmgr113&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=3902

71. MÍČEK, Libor. Duševní hygiena. 1.vyd. Praha: SPN, 1984, 207 s.
72. MÍČEK, Libor. Sebevýchova a duševní zdraví. 5. dopl. vydání. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976.
73. NELSON, J. Christina Maslach - how to prevent burnout. *New Zealand management: a profile publishing magazine / New Zealand Institute of Management* [online]. Apr 2005, p43-45 [cit. 2012-03-08]. ISSN 1174-5339. Dostupné z: <http://search.proquest.com/docview/201648889?accountid=35514>
74. NEŠPOR, Karel. Uvolnění a s přehledem: relaxace a meditace pro moderního člověka. 1.vyd. Praha: Grada, 1998, 95 s. ISBN 80-716-9652-8.
75. NEUMANNOVÁ, Michaela. Supervize / intervize jako prevence syndromu vyhoření ve Sdružení linka bezpečí [online]. 2008 [cit. 2012-03-25]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Zbyněk Vybíral. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/144403/fss_b/
76. O'MAHONY, Nuria. Nurse burnout and the working environment. *Emergency nurse* [online]. Sep2011, Vol. 19, Issue 5, p30-37 [cit. 2012-03-08]. ISSN 1354-5752. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=65831979&site=ehost-live>
77. OMDAHL, Becky a Janie FRITZ. Coping with Problematic Relationships in the Workplace: Strategies That Reduce Burnout. *Conference Papers -- International*

Communication Association [online]. 2006 Annual Meeting, p1-31, 31p [cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=ufh&AN=27203993&site=ehost-live>

78. PASTRŇÁK, René. Supervize jako aspekt zvyšování nebo udržování pracovních kompetencí v pomáhajících profesích. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2008. Dostupné z: <http://hdl.handle.net/10195/38564>
79. PEARLMAN, Laurie Anne a Paula S. MAC IAN. Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice* [online]. 1995, roč. 26, č. 6, s. 558-565 [cit. 2012-03-07]. ISSN 1939-1323. DOI: 10.1037/0735-7028.26.6.558. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0735-7028.26.6.558>
80. PECHANCOVÁ, Vlasta. Prevence syndromu vyhoření u dobrovolníků telefonické krizové intervence [online]. 2006 [cit. 2012-03-25]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Miroslava Štěpánková. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/79111/fss_b/
81. PETERS, Junenette L., Laura KUBZANSKY, Eileen MCNEELY, Joel SCHWARTZ, Avron SPIRO, David SPARROW, Robert O. WRIGHT, Huiling NIE a Howard HU. Stress as a Potential Modifier of the Impact of Lead Levels on Blood Pressure: The Normative Aging Study. *Environmental Health Perspectives* [online]. 2007-3-19, roč. 115, č. 8, s. 1154-1159 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0091-6765. DOI: 10.1289/ehp.10002. Dostupné z: <http://www.ehponline.org/ambra-doi-resolver/10.1289/ehp.10002>
82. PETERSON, Ulla, Gunnar BERGSTRÖM, Mats SAMUELSSON, Marie ÅSBERG a Åke NYGREN. Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2008, roč. 63, č. 5, s. 506-516 [cit. 2012-03-07]. ISSN 03092402. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04743.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2008.04743.x>

83. PINES, A. a E. ARONSON. Career burnout: causes and cures. 1st Free Press pbk. ed. New York: Free Press, 1988. ISBN 00-292-5353-5.

84. POHLER, Gerald. Relaxace a zdolávání stresu: praktický úvod do relaxačních metod. 1.vyd. Praha: Ivo Železný, 1995, 117 s. ISBN 80-237-2401-0.

85. POHLOVÁ, L., R. KOZÁKOVÁ a D. JAROŠOVÁ. Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. Praktický lékař [online]. May2011, Vol. 91(Issue 5), p274-277 [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=111&sid=0f631cdf-9418-48ec-a4cf-b41474315c1f%40sessionmgr104>

86. POTTER, Beverly A. Jak se bránit pracovnímu vyčerpání: "pracovní vyhoření" - příčiny a východiska. 1.vyd. Olomouc: Votobia, 1997, 259 s. ISBN 80-719-8211-3.

87. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. Asertivitou proti stresu. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1996, 181 s. ISBN 80-716-9334-0.

88. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. Proti stresu krok za krokem. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2001, 187 s. ISBN 80-247-0068-9.

89. RIZZOLO, Denise, Genevieve Pinto ZIPP, Doreen STISKAL a Susan SIMPKINS. Stress Management Strategies For Students: The Immediate Effects Of Yoga, Humor, And Reading On Stress. *Journal of College Teaching & Learning* [online]. Dec2009, Vol. 6, Issue 8, p79-88 [cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=ehh&AN=47391301&site=ehost-live>

90. ROSS, Alyson a Sue THOMAS. The Health Benefits of Yoga and Exercise: A Review of Comparison Studies. *The Journal of Alternative and Complementary*

Medicine [online]. 2010, roč. 16, č. 1, s. 3-12 [cit. 2012-03-07]. ISSN 1075-5535.
DOI: 10.1089/acm.2009.0044. Dostupné z:
<http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/acm.2009.0044>

91. ROWSHAN RAVAN, ANDISHEH, CALLE BENGTSSON, LAUREN LISSNER, LEIF LAPIDUS a CECILIA BJÖRKELUND. Thirty-six-year secular trends in sleep duration and sleep satisfaction, and associations with mental stress and socioeconomic factors - results of the Population Study of Women in Gothenburg, Sweden. *Journal of Sleep Research* [online]. 2010, roč. 19, č. 3, s. 496-503 [cit. 2012-03-06]. ISSN 09621105. DOI: 10.1111/j.1365-2869.2009.00815.x. Dostupné z:
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2869.2009.00815.x>

92. RUSH, Myron D. Syndrom vyhoření. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003, 129 s. ISBN 80-725-5074-8.

93. RUYSSCHAERT, Nicole. (Self) hypnosis in the prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: theory and induction. *Contemporary Hypnosis* [online]. 2009, roč. 26, č. 3, s. 159-172 [cit. 2012-03-07]. ISSN 09605290. DOI: 10.1002/ch.382. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/ch.382>

94. SALAMI, Samuel O. Job Stress and Burnout among Lecturers: Personality and Social Support as Moderators. *Asian Social Science* [online]. 2011-04-28, roč. 7, č. 5, s. - [cit. 2012-03-07]. ISSN 1911-2025. DOI: 10.5539/ass.v7n5p110. Dostupné z: <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/ass/article/view/10351>

95. SKINNER, Ellen A. a Melanie J. ZIMMER-GEMBECK. Challenges to the developmental study of coping. *New Directions for Child and Adolescent Development* [online]. 2009, Vol. 2009(Issue 124), 5-17 [cit. 2012-01-17]. DOI: 10.1002/cd.239. Dostupné z:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&an=42962499>

96. SELYE, Hans. Život a stres. 1.vyd. Bratislava: Obzor, 1966, 453 s.
97. SUNDIN, Örjan, Joaquim SOARES, Georgio GROSSI a Gloria MACASSA. Burnout Among Foreign-Born and Native Swedish Women: A Longitudinal Study. *Women* [online]. 2011, roč. 51, č. 7, s. 643-660 [cit. 2012-03-30]. ISSN 0363-0242. DOI: 10.1080/03630242.2011.618529. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03630242.2011.618529>
98. ŠOLCOVÁ, Iva. Umíte si poradit se stresem? 1. Praha: Národní centrum podpory zdraví, 1995.
99. ŠVIGOVÁ, Milada. Volný čas a my. 1.vyd. Praha: Svobodné slovo, 1967, 155 s.
100. TEKINDAL, Benian, Mustafa Agah TEKINDAL, Gul PINAR, Filiz OZTURK a Sumeyra ALAN. Nurses' burnout and unmet nursing care needs of patients' relatives in a Turkish State Hospital. *International Journal of Nursing Practice* [online]. 2012, roč. 18, č. 1, s. 68-76 [cit. 2012-03-30]. ISSN 13227114. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2011.01989.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-172X.2011.01989.x>
101. THOITS, Peggy A. Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health & Social Behavior*[online]. Dec 1995, Extra Issue, Vol. 36, p53-79 [cit. 2012-03-08]. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=sih&AN=9510044012&site=ehost-live>
102. Time management. *Computing Japan* [online]. 1999, Vol. 6(Issue 6) [cit. 2012-01-17]. Dostupné z: <http://web.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/ehost/detail?vid=5&hid=111&sid=0f631cdf-9418-48ec-a4cf-b41474315c1f%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZW9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=a9h&AN=2182665>

103. TRENBERTH, Linda. The role, nature and purpose of leisure and its contribution to individual development and well-being. *British Journal of Guidance* [online]. 2005, roč. 33, č. 1, s. 1-6 [cit. 2012-03-07]. ISSN 0306-9885. DOI: 10.1080/03069880412331335849. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03069880412331335849>

104. ULRICHOVÁ, Monika. Logoterapie jako prevence burn-out syndromu pro lékaře. *Praktický lékař* [online]. Apr2011, Vol. 91, Issue 4, p200-202 [cit. 2012-03-08]. ISSN 0032-6739. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=65208942&site=ehost-live>

105. VAN DIERENDONCK, Dirk, Bert GARSSSEN a Adriaan VISSER. Burnout Prevention Through Personal Growth. *International Journal of Stress Management* [online]. 2005, roč. 12, č. 1, s. 62-77 [cit. 2012-03-07]. ISSN 1072-5245. DOI: 10.1037/1072-5245.12.1.62. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/1072-5245.12.1.62>

106. VAŠUTOVÁ, Kateřina. Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění. *Praktické lékařství* [online]. 2009, roč. 5, č. 1 [cit. 2012-03-07].

107. VLACHOVSKÁ, Barbora. Syndrom vyhoření – diagnostické možnosti (srovnávací studie). 2011. Dostupné z: http://digitool.is.cuni.cz/R/-?func=dbin-jump-full&object_id=465210&silo_library=GEN01. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta. Vedoucí práce Vladimír Kebza.

108. VODÁČKOVÁ, Daniela. Krizová intervence. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 543 s. ISBN 80-717-8696-9.

109. WALLACE, Sam Loc, Jayoung LEE a Sang Min LEE. Job stress, coping strategies, and burnout among abuse-specific counselors. *Journal of employment*

counseling [online]. Sep2010, Vol. 47, Issue 3, p111-122 [cit. 2012-03-08]. ISSN 0022-0787. Dostupné z:

<http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=53449138&site=ehost-live>

110. WALSH, James K. a T. B. ÜSTÜN. Prevalence and health consequences of insomnia. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine* [online]. 1999, Vol 22, Suppl, 3, S427-S436. [cit. 2012-03-07]. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1999-11909-002>
111. WALSH, Roger. Lifestyle and mental health. *American Psychologist* [online]. 2011, roč. 66, č. 7, s. 579-592 [cit. 2012-03-06]. ISSN 1935-990X. DOI: 10.1037/a0021769. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0021769>
112. WONG, Samantha. Nutrition and Stress. *Canadian Young Scientist Journal* [online]. 2011, Vol. 2011, Issue 1, p13-19 [cit. 2012-03-07]. ISSN 19131925. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.is.cuni.cz/login.aspx?direct=true&db=ehh&AN=58657052&site=ehost-live>
113. XIE, Zhenyu, Aolin WANG a Bo CHEN. Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2011, roč. 67, č. 7, s. 1537-1546 [cit. 2012-03-30]. ISSN 03092402. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05576.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2010.05576.x>
114. YOSHIHARA, Kazufumi, Tetsuya HIRAMOTO, Nobuyuki SUDO a Chiharu KUBO. Profile of mood states and stress-related biochemical indices in long-term yoga practitioners. *BioPsychoSocial Medicine* [online]. 2011, roč. 5, č. 1, s. 6- [cit. 2012-03-07]. ISSN 1751-0759. DOI: 10.1186/1751-0759-5-6. Dostupné z: <http://www.bpsmedicine.com/content/5/1/6>

115. YURDAKUL, Levent, Sue HOLTTUM a Ann BOWDEN. Perceived changes associated with autogenic training for anxiety: A grounded theory study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* [online]. 2009, roč. 82, č. 4, s. 403-419 [cit. 2012-03-07]. ISSN 14760835. DOI: 10.1348/147608309X444749. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1348/147608309X444749>

Přílohy:

Příloha č. 1 Dotazník

Dobrý den, chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je určen pracovníkům linek důvěry. Je zaměřen zejména na duševní hygienu a vyhoření u pracovníků. Tento výzkum je realizován za účelem získání dat k empirické části diplomové práce s názvem Duševní hygiena a možnosti využití jejích forem u pracovníků linek důvěry. Označte, prosím, možnost, která nejvíce vystihuje vaše pocity. Nejde o test, neexistují „správné“ odpovědi. Prosím Vás o vyplnění všech položek. Celý dotazník je anonymní a neměl by zabrat více než několik minut. Po vyplnění klikněte na volbu "Odeslat", kterou naleznete na konci dotazníku.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci.

Lenka Fabíková, vedoucí Linky důvěry STŘED a studentka Psychologie FF UK

***Povinné pole**

1. Jak často se cítíte unavený/á? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

2. Jak často se cítíte fyzicky vyčerpaný/á? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

3. Jak často se cítíte emocionálně vyčerpaný/á? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

4. Jak často si říkáte: „Už to nevydržím“? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

5. Jak často se cítíte utahaný/á? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

6. Jak často se cítíte slabý/á a náchylný/á k nemocem? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

7. Cítíte se na konci pracovního dne utahaný/á? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

8. Cítíte se ráno při pomyslení na další pracovní den vyčerpaný/á? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

9. Máte pocit, že je pro Vás každá pracovní hodina vyčerpávající? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

10. Máte ve svém volném čase dostatek energie na rodinu a přátele? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

11. Je Vaše práce emocionálně vyčerpávající? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

12. Je Vaše práce frustrující? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

13. Cítíte se vyhořelý/á kvůli své práci? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

14. Považujete za náročné pracovat s klienty? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

15. Ubírá Vám energii pracovat s klienty? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

16. Je pro Vás frustrující pracovat s klienty? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

17. Máte pocit, že při práci s Vašimi klienty víc dáváte než dostáváte? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

18. Jste z práce s klienty unavení? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

19. Přemýšlíte někdy nad tím, jako dlouho budete schopni pokračovat ve své práci s klienty? *

- ☐ vždy
- ☐ často
- ☐ někdy
- ☐ zřídka
- ☐ nikdy / téměř nikdy

20. Chodíte spát a vstáváte přibližně stále ve stejnou dobu? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

21. Spíte v průměru alespoň 6 - 8 hodin denně? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

22. Dodržujete pravidla zdravé výživy? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

23. Odpočinete si během pracovního dne alespoň na chvíli vždy, když se cítíte unaven/a? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

24. Využíváte ve svém volném čase relaxačních metod? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

25. Využíváte možnosti krátké relaxace i v pracovní době? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

26. Protáhnete se nebo si chvíli zacvičíte i v pracovní době? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

27. Věnujete se ve svém volném čase sportu? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

28. Věnujete se ve svém volném čase také svým dalším zájmům? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

29. Dokážete efektivně hospodařit s časem? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

30. Máte ve svém okolí někoho, kdo Vás v těžké situaci podpoří, komu se můžete svěřit se svými starostmi? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

31. Máte po těžkém hovoru možnost promluvit si s někým z kolegů, s intervizorem nebo s vedoucím služby? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

32. Máte po skončení služby možnost pohovořit si o jejím průběhu s někým z kolegů, s intervizorem nebo s vedoucím služby? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím

- ☐ spíše ne
- ☐ ne

33. Dostáváte ke své práci (od vedoucího LD, supervizora, intervizora, kolegů...) dostatečnou a pro Vás užitečnou zpětnou vazbu? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

34. Jste na svém pracovišti LD spokojen/a s pracovními podmínkami a prostředím? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

35. Jste na svém pracovišti LD spokojen/a se systémem dalšího vzdělávání? *

- ☐ ano
- ☐ spíše ano
- ☐ nevím
- ☐ spíše ne
- ☐ ne

36. Máte na svém pracovišti LD možnost skupinové intervize? *

- ☐ ano
- ☐ ne

37. Máte na svém pracovišti LD možnost individuální intervize? *

- ☐ ano
- ☐ ne

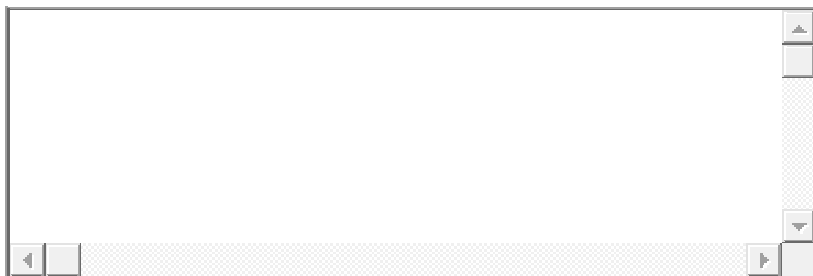
38. Máte na svém pracovišti LD možnost skupinové supervize? *

- ☐ ano
- ☐ ne

39. Máte na svém pracovišti LD možnost individuální supervize? *

- ☐ ano
☐ ne

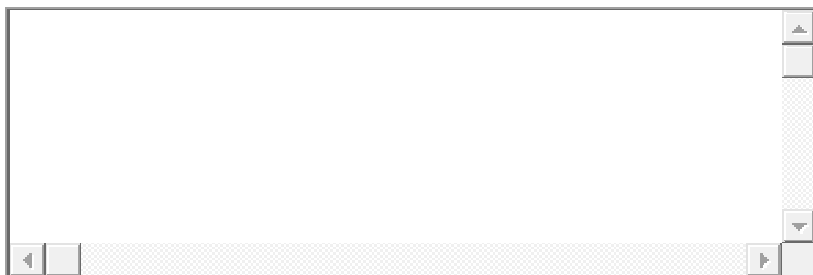
40. Co Vám v osobním životě pomáhá udržet si duševní rovnováhu? *



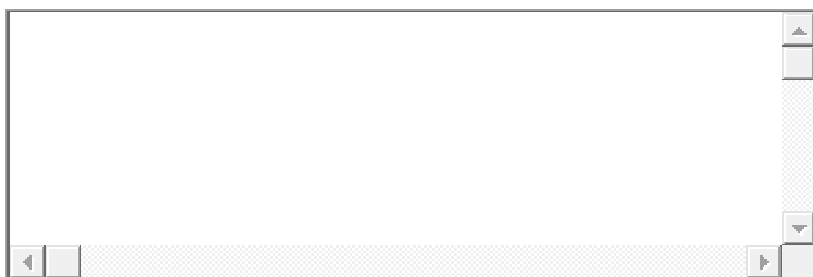
41. Co Vám na pracovišti LD pomáhá udržet si duševní rovnováhu? *



42. Co Vám na pracovišti LD k udržení si duševní rovnováhy chybí? *



43. Čeho byste naopak v rámci udržení si duševní rovnováhy potřebovali na pracovišti LD méně? *



44. Pohlaví: *

- ☐ muž
- ☐ žena

45. Věk: *

46. Vzdělání: *

47. Jak dlouho pracujete jako krizový intervenent na LD? *

48. Na LD pracuji na: *

- ☐ DPP
- ☐ DPČ
- ☐ částečný úvazek
- ☐ plný úvazek
- ☐ jako dobrovolník

49. Ve svém dalším zaměstnání pracuji na: *

- ☐ DPP
- ☐ DPČ
- ☐ částečný úvazek
- ☐ plný úvazek
- ☐ studuji
- ☐ nemám další zaměstnání